

Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten

*Hvilke synspunkter har fysioterapeutene til
oppgavedeling på Lovisenberg Diakonale
Sykehus?*

Steve Yttermo



Masteroppgave

Erfaringsbasert masterstudium i helseadministrasjon
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for Helse og samfunn,
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

01.november 2013

© Forfatter

År 2013

Tittel: Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten – Hvilke synspunkter har fysioterapeutene på oppgavedeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus

Forfatter Steve Yttermo

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

En fleksibel og gunstig oppgavedeling mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten er avgjørende for best mulig pasientflyt og med det en kortest mulig ventetid på behandling.

En av de vanligste formene for oppgavedeling har vært fysioterapeuter som har tatt over postoperative polikliniske kontroller etter ortopediske inngrep, såkalt vertikal substitusjon. Jeg ønsket å finne ut hvilke synspunkter og erfaringer fysioterapeuter har på denne oppgavedelingen.

Masteroppgaven har et kvalitativt design, med fokusgruppeintervju av 6 fysioterapeuter ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo som informanter. Sykehuset har hatt fokus på oppgavedeling i flere år, og fysioterapeutene har gradvis tatt over de ortopediske polikliniske etterkontrolltimene ved sykehuset.

Inklusjonskriteriet for å delta i fokusgruppen var at de hadde arbeidet ved kirurgisk poliklinikk og utført etterkontroller.

Forskningsspørsmålene som jeg ønsket å belyse var: Hvilke utfordringer og fordeler er det ved oppgavedeling? Hva har oppgavedeling å si for de som får reelle endringer i oppgaver? Hva mener pasientene?

Fokusgruppeintervjuet ble transkribert og analysert etter prinsipper for systematisk tekstkondensering beskrevet av Malterud (2013).

Den teoretiske referanserammen inkluderer blant annet profesjonsteori hvor Abbott (1988) er en sentral kilde, dessuten fysioterapeutenes kompetanse, økonomiske og juridiske aspekter, hva som allerede finnes av forskning på tematikken og i tillegg enkelte momenter jeg synes var relevante.

Jeg fant at fysioterapeutene ser fordeler med oppgavedelingen da den er faglig utfordrende, stimulerende og motiverende. De føler de får brukt sin kompetanse med tanke på trening i rehabiliteringsprosessen til pasientene, og kan komme med råd om justeringer og dosering av denne. De mener oppgavedeling er nødvendig for å kunne løse oppgavene på sykehuset mest mulig økonomisk og er et hensiktsmessig redskap for god ressursbruk. Oppgavedelingen gir kontinuitet i oppfølgingen av pasientene, den gir fysioterapeutene en bredere erfaring, trygghet og økt kompetanse som de kan bruke på tvers av oppgaver på sengepost og poliklinikken. Tilliten mellom fysioterapeutene og ortopedene har økt etter at man innførte oppgavedelingen.

Det savnes en fagnøytral ISF-ordning ved poliklinikkene, slik at også etterkontroller utført av fysioterapeuter vil gi sykehusene økonomisk inntjening. Lokaler taes opp som en utfordring, da presset på disse er stort ved kirurgisk poliklinikk. Forutsigbarhet for pasientene er viktig, og det er derfor gunstig å tydeliggjøre hvilke faggrupper de skal møte på etterkontroller.

For de som gir fra seg oppgaven med etterkontrollene kan dette føles sårt da oppgaven er takknemlig, og i tillegg mister man noe av kontinuiteten i behandlingen av pasientene. Det ble gjort en post-enquete i 2011 ved sykehuset som viste at pasientene var like fornøyde med de postoperative kontrollene uavhengig av om det var fysioterapeut eller ortoped som utført den. Fysioterapeutene tror pasientene har lettere for å ta kontakt med dem, enn med ortopedene, dersom de har spørsmål i forbindelse med oppfølgingen da de har en lavere list for å ringe en fysioterapeut.

Masteroppgaven konkluderer med at fysioterapeutene har gode erfaringer med oppgavedeling ved poliklinikken fordi oppgavene sees først og fremst på som faglig utfordrende og nyttige.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har gitt meg ny kunnskap om egen yrkesgruppe og innsikt i et område som jeg tror vil få økt fokus i tråd med de stadige økende kravene til helsevesenet.

Det har vært både en inspirerende og utfordrende tid å skrive denne masteroppgaven og jeg vil gjerne få takke de som har gjort dette mulig.

Takk til informantene og mine arbeidskollegaer for gode innspill, synspunkter og faglige betraktninger og til ledelsen ved Lovisenberg Diakonale Sykehus som ga meg muligheten til å gjennomføre studiet.

Takk til min veileder Olaf Gjerløw Aasland for god dialog og støtte, og for å ha utfordret mine refleksjonsevner og ledet meg gjennom denne masteroppgaven.

En spesiell takk til min samboer Asgeir for verdifulle innspill, støtte og ikke minst tålmodighet.

Jeg vil også benytte anledning å takke staben ved institutt for helse og samfunn for et lærerikt og spennende år som masterstudent, og mine medstudenter i kull 26 for mange gode og inspirerende diskusjoner og godt samarbeid.

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	s	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven.....	s	1
1.2 Avgrensninger.....	s	2
1.3 Oppgavens oppbygning.....	s	3
1.4 Bakgrunnsinformasjon.....	s	4
 2 TEORI.....	 s	 7
2.1 Fenomenet oppgavedeling.....	s	7
2.2 Profesjonsteori.....	s	8
2.3 Fysioterapeutenes historie, utdanning og kompetanse.....	s	12
2.4 Pasienttilfredshetsundersøkelse.....	s	14
2.5 Økonomiske momenter.....	s	15
2.6 Juridiske momenter	s	16
2.7 Hva finnes av forskning?	s	18
 3 METODE.....	 s	 20
3.1 Oppgavens design.....	s	20
3.2 Metodekritikk	s	23
3.2.1 Min rolle som forsker – refleksivitet.....	s	23
 4 RESULTATER OG REFLEKSJONER.....	 s	 25
 5 DISKUSJON.....	 s	 36
 LITTERATURLISTE	 s	 42
 VEDLEGG	 s	 45

1 INNLEDNING

Denne masteroppgaven har sitt utgangspunkt i masterstudiet i helseadministrasjon som jeg begynte på ved UiO høsten 2012.

Jeg har arbeidet i spesialisthelsetjenesten siden 1994. I mitt daglige arbeid har jeg i denne tiden sett en gradvis endring av arbeidsoppgaver, ikke bare innenfor egen fagutøvelse, men også andres. Ved sykehusene er det mange profesjonsarenaer hvor helsepersonellgruppene jevnlig blir utfordret på blant annet samarbeid og tilpasning. Dette skjer samtidig som samfunnet for øvrig stiller store krav til kvalitet, tilgjengelighet, profesjonalitet og økonomi. Helsetilbudet til befolkningen endres kontinuerlig da den medisinske utviklingen gir økt mulighet for bedre diagnostikk og behandling, og det etableres stadig behandlingstilbud til nye pasientkategorier.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Prioriteringene innenfor helsesektoren endres og spesialisthelsetjenesten må på samme måte som primærhelsetjenesten organisere, prioritere og strukturere seg slik at den best mulig kan møte kravene fra både politikere og pasientene. Sykehusene er hierarkiske strukturer som kan gi grobunn for konflikter og profesjonskamper. Landskapet skifter ved at noen oppgaver forsvinner, mens nye kommer til. Det fører til at grensene mellom de ulike faggruppene flyttes og utfordres. Noen ganger til høylytte protester, andre ganger til mindre motstand. Jeg ønsker å se nærmere på hvilke synspunkter og erfaringer fysioterapeuter har til oppgavedeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS).

LDS er Norges største private sykehus og drives på ideell basis med diakonalt verdigrunnlag og har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. LDS er lokalsykehus for flere bydeler i Oslo innen indremedisin og psykiatri. Sykehuset er organisert i klinikker, hvorav klinikk for kirurgi er en av dem. Klinikk for kirurgi tar imot pasienter fra hele landet for planlagte operasjoner innen ortopedi, øre-nese-hals og generell kirurgi. For planlagt behandling gjelder Fritt sykehusvalg. Ortopedisk enhet har spesielt mye erfaring innen operasjoner i store ledd som kne, hofta og skulder. Med årlig ca 1200 innsatte kne- og hofteproteser har LDS den største avdelingen i landet på dette området (Årsrapport LDS 2012). Radiologisk avdeling, klinisk kjemisk laboratorium og fysioterapitjenesten er

organisert i klinikken. Kirurgisk klinikk har kun elektiv virksomhet og dette gjør planleggingen enklere enn om man hadde hatt ansvaret for akuttpasienter innen ortopedi. LDS var forholdsvis tidlig ute, nasjonalt sett, med å satse på oppgavedeling på flere arenaer. Sykehuset hadde dette som et fokusområde for alle avdelinger i 2011. Oppgavedeling har vært gjennomført både på kirurgisk og medisinsk klinikk. Det har hovedsakelig vært arbeidet på poliklinikkene som har vært gjenstand for oppgavedeling så langt.

Jeg ønsker finne ut av hva en faggruppe på LDS som faktisk utfører oppgavedelingen har av synspunkter på fenomenet. Resultatene kan si noe om motivasjonen til de ansatte og hva som eventuelt kan bidra til endring i bruken av oppgavedeling.

Jeg formulerte følgende forskningsspørsmål som jeg ønsket å få belyst nærmere:

- Hvilke utfordringer og fordeler er det ved oppgavedeling?
- Hva har oppgavedeling å si for de som får reelle endringer i oppgavene?
- Hva mener pasientene?

1.2 Avgrensninger

Denne masteroppgaven er begrenset av størrelsen på besvarelsen, men også av min begrensede erfaring og kompetanse som forsker. Jeg har hentet råmaterialet til oppgaven fra ett fokusgruppeintervju for å kunne håndtere og analysere dataene uten at mengden ble for stor og uoversiktlig. Jeg har et ønske om å finne ut hva fysioterapeutene på LDS, som selv er med på oppgavedeling ved kirurgisk klinikk, har av synspunkter på temaet. Oppgaven handler om å granske mitt eget fagmiljø innenfra, samtidig som jeg forsøker å holde en viss avstand og se temaet i et overordnet perspektiv. Min egen forforståelse av temaet, som jeg med min bakgrunn tar med meg inn i prosjektet, er en vesentlig faktor. Den påvirker meg i alle ledd fra planlegging, datainnsamling, analyse og oppsummering. Som fagperson og forsker har jeg et ønske om å høre hvilke synspunkter, tanker og erfaringer en faggruppe har til opplevd oppgavedeling. Jeg har valgt ikke å gå dypt inn på de økonomiske konsekvensene av oppgavedelingen, men har fokusert på hvilke synspunkter og erfaringer fysioterapeutene har til de nye oppgavene de har begynt med. De økonomiske momentene er viktige, så jeg vil også presentere noen refleksjoner rundt disse. I løpet av prosessen med å skrive denne masteroppgaven har det kommet fram mange interessante temaer som er knyttet til oppgavedeling. Debatter om kvalitet, kompetanse, forankring, ledelse, ressursutnyttelse,

økonomi og rollefordeling i helsevesenet er aktuelle temaer på den offentlige dagsorden, og disse debattene vil forhåpentlig fortsette som en drivkraft til et enda bedre helsevesen.

1.3 Oppgavens oppbygging

Jeg har i begynnelsen av oppgaven forsøkt å tydeliggjøre hva jeg ønsker å undersøke nærmere. Jeg definerte en avgrensning slik at oppgaven ikke skulle bli for omfattende. Videre vil jeg presentere informasjon om temaet oppgavedeling på Lovisenberg Diakonale sykehus, samt bakgrunnsinformasjon fra en nasjonal konferanse om oppgavedeling som ble avholdt i Oslo i september 2013.

I neste kapittel presenterer jeg teoribasen for oppgaven og jeg begynner med å se nærmere på fenomenet oppgavedeling. I temaet om profesjonssosiologi har jeg valgt å se nærmere på Andrew Abbotts bok *The system of professions. An essay on the diversion of expert labor* (1988). Fysioterapeutenes historie, utdanning og kompetanse beskrives også i dette kapitlet. Noen økonomiske og juridiske momenter som er aktuelle for oppgaven beskrives, før jeg legger fram tall fra en intern undersøkelse om pasienttilfredshet ved sykehuset. Denne undersøkelsen så nærmere på om det var noe forskjell på pasienttilfredshet etter at de hadde vært hos en ortoped eller fysioterapeut på postoperativ poliklinisk kontrolltime. Jeg refererer til slutt i dette kapitlet fra to delrapporter om oppgavedeling som nylig ble publisert av Helsedirektoratet (2013b) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2013).

Metodekapitlet beskriver hvilken tilnærming jeg har valgt for å finne svar på forskningsspørsmålene mine. Jeg vil her også komme med kritikk av denne tilnærming, og beskrive noen utfordringer min metode har hatt og hva jeg mener man bør tenke på når man leser besvarelsen.

I påfølgende kapittel presenterer jeg funnene i datainnsamlingen og egne refleksjoner. Jeg har valgt å presentere refleksjoner over resultatene av analysen i samme kapittel som jeg presenterer resultatene, da jeg finner det mest hensiktmessig både for leserne og meg selv. I diskusjonskapitlet diskuterer jeg først oppgavedeling generelt, før jeg besvarer forskningsspørsmålene. Til slutt kommer det noen avsluttende betraktninger.

1.4 Bakgrunnsinformasjon

I september 2013 ble den første nasjonale konferansen om oppgavedeling i sykehusene arrangert i Oslo. Arrangøren var Norsk sykehus- og helsetjenesteforening, NSH. Som masterstudent deltok jeg på denne konferansen som gikk over to dager og samlet rundt 200 deltakere fra hele landet. Foredragsholderne kom hovedsakelig fra Norge, men det var også innslag fra blant annet Finland. Fagforeningsledere, foredragsholdere med ulike fagbakgrunner, og ledere i helsevesenet på ulike nivå presenterte hvordan de hadde brukt oppgavedeling som tiltak. Det var ingen fra utdanningsinstitusjonene til stede, hverken som foredragsholdere eller deltakere så vidt jeg kunne se. Jeg hadde forventet at utdanningsinstitusjonene hadde vært mer ”på banen”.

Det kom mange innspill og forslag til løsninger, men det ble også klart at mange er på ulike nivåer med hensyn til hvor langt man er kommet, og hvor langt en er villig til å gå i oppgavedelingen. Det var en ganske klar oppfatning at man fant det best å begynne i det små med lokale løsninger på grasrota, framfor å få det pådyttet ovenfra. Likevel var de fleste enige i at dette måtte forankres i ledelsen for å få til gode lokale løsninger. Det vil også være viktig at en dokumenterer og forsker videre på disse for å kvalitetssikre arbeidet. Det finnes lite dokumentasjon på oppgavedeling i dag, noe som bør være en motivasjon til å få mer forskning rundt fenomenet. Det var også enighet om at det vil være gunstig ikke bare å dele sine suksesser med hverandre, men også dele hva som ikke gikk like bra. Her vil det kanskje være naturlig å skue til våre nærmeste naboland. Danmark ble spesielt trukket fram som et land med gode erfaringer, men også Skottland er et interessant sted i så måte.

Tidligere helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre lanserte i januar 2013 ti ulike tiltak for en framtidsrettet sykehussektor som gir bedre tilbud til pasientene. Et av disse tiltakene var ”Bedre og smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehusene”. For noen helsetjenester i sykehusene kan kapasiteten være mindre enn etterspørselen. Dette kan gi lange køer og uønsket ventetid for pasientene, med konsekvenser som forsinket diagnose og behandling, økt liggetid i sykehuset og stort press på helsearbeidere. Man kan derfor tenke seg at å overføre enkelte oppgaver fra en yrkesgruppe som arbeider på et fagområde med stort press til en annen yrkesgruppe, kan dette redusere noe av køen ved at de som tradisjonelt utførte oppgaven blir avlastet. Ved at statsråden satte oppgavedeling på dagsorden har man fått større fokus på temaet, og ved at forslaget kommer fra øverste politiske hold gir dette fenomenet en større tyngde og legitimitet ved at det er et aktivt ønsket virkemiddel.

Ved LDS er alle fysioterapeutene organisert i en felles enhet under en sjeffysioterapeut. Det er to unntak hvor to fysioterapeuter er ansatt ved Vor Frues hospital (psykiatri) og ett årsverk ved TAKO-senteret (landsdekkende kompetansesenter for oral helse ved sjeldne medisinske tilstander).

Enhet for fysioterapi er organisert under klinikk for kirurgi og er oppdelt i fire seksjoner (kirurgi, medisin, psykiatri og hospice) med en faglig ansvarlig leder hver. Det er i skrivende stund 22,4 fysioterapistillinger ved LDS, hvorav 9,3 stillinger ved kirurgi, 7,6 stillinger ved medisin, 2,5 ved psykiatri og 1,5 ved hospice. I tillegg har enhet for fysioterapi en 50 % stilling som studentveileder og en administrativ leder i full stilling, sjeffysioterapeut.

Ved LDS har fysioterapeutene gradvis overtatt noen av de funksjonene legene tidligere hadde på poliklinikken. Av de seks fysioterapeutene som deltok på fokusgruppeintervjuet hadde alle hatt pasienter til postoperativ kontrolltime ved poliklinikken på kirurgisk klinikk. Det var i varierende grad hvor lang erfaring og antall pasienter de hadde undersøkt. En av fysioterapeutene som deltok på fokusgruppeintervjuet, og som arbeider ved kirurgisk poliklinikk er spesialist i ortopedisk fysioterapi.

For hofteproteseopererte er det vanlig å komme til kontrolltime på poliklinikken 12 uker postoperativt. I begynnelsen var det disse 12-ukerskontrollene fysioterapeutene fikk ansvaret for. Etter hvert har dette gradvis økt til at de nå utfører 6- og 12-ukerskontroller for både skulder- og kneproteseopererte. Kontrolltimene er i utgangspunktet satt opp slik at det kommer en ny pasient hvert 40. minutt. I den avsatte tiden skal man også skrive journalnotat i sykehusets journalsystem.

Fysioterapeutene ved LDS gjennomførte første halvår 2012 polikliniske postoperative kontroller av 271 kneopererte pasienter. Dette økte til 569 kontroller for samme periode i 2013, en økning på 109 %. Tilsvarende tall for skulderoperasjoner var 263 og 389, en økning på 48 %. (intern statistikk enhet for fysioterapi, personlig meddelelse sjeffysioterapeut Grete Andreassen, LDS).

Ser vi på antall pasienter henvist for oppfølging på kirurgisk poliklinikk første halvår 2012 og 2013 er tallene:

	Januar-juni 2012	Januar-juni 2013	
Skulder	382	449	6+12 ukers kontroll
Hofte	364	351	12 ukers kontroll med røntgen
Kne	266	276	6+12 ukers kontroll

For hele 2012 ble det på kirurgisk poliklinikk utført 1 240 postoperative 6-ukerskontroller og 1990 postoperative 12-ukerskontroller. Totalt ble 3 140 kontroller overført fra legene til fysioterapeutene. Ser man nærmere på 12-ukerskontrollene viser statistikken at det ikke ble funnet noen komplikasjoner hos 95 % av 4 757 primærhofteprotesepasienter og heller ingen komplikasjoner hos 93 % av 3 281 pasienter med innsatt primærprotese i knærne. Det er med andre ord svært få pasienter som har komplikasjoner etter primærprotesekirurgi i hofter og knær. Etter at fysioterapeutene har tatt over de postoperative kontrollene har det ikke vært noen endringer i oppdagelse av komplikasjoner i de ulike pasientkategoriene (interne tall fra kirurgisk klinikk, LDS, personlig meddelelse Einar Amlie).

2 TEORI

2.1 Fenomenet oppgavedeling

Oppgavedeling beskriver et fenomen som har vært en del av arbeidslivet i lang tid. Av og til skjer det uten at en legger merke til det, mens det andre ganger provoserer og ypper til strid mellom kolleger eller profesjonsgrupper. Forholdet vi har til fenomenet avhenger av hvor nært vi selv befinner oss til å bli utsatt for oppgavedelingen. På engelsk brukes ofte begrepet ”task-shift”, som er vanskelig å oversette direkte til norsk. Noen ganger brukes begrepet ”jobbdeling”, men dette begrepet kan få en til å tro at hele profesjonsporføljer skal overføres til en annen faggruppe, som kan skape negative assosiasjoner og forventninger. Begrepet oppgavedeling er mer dekkende, da det som regel er enkeltoppgaver som helt eller delvis skal flyttes til en annen faggruppe. Oppgavedeling har eksistert i lang tid i helsevesenet uten at man nødvendigvis har vært spesielt opptatt av begrepet som et fenomen. Fenomenet har også andre benevnelser som for eksempel jobbgliedning, oppgavegliedning, oppgaveoverføring og oppgavefordeling.

Det kan skilles mellom fire typer oppgavedeling (Frich 2012):

- **Diversifisering**, hvor en faggruppe utvider sitt diagnostiske eller behandlingsmessige tilbud, for eksempel at medisinen tar i bruk og gjør hevd på diagnostisk bruk av ultralyd og kontrollerer andre yrkesgruppers bruk av teknologien.
- **Spesialisering**, hvor noen medlemmer av en fagprofesjon tilegner seg en økt kompetanse innen en spesifikk del av faget, og hvor arbeidsdelingen anerkjennes av profesjonen, for eksempel etablering av formelle spesialiteter eller ”kompetanseområder”.
- **Vertikal substitusjon** på tvers av profesjons- og yrkesgrenser, for eksempel at legeoppgaver delegeres til andre faggrupper (sykepleiere justerer legemidler hos pasienter med kroniske sykdommer, fysioterapeuter utfører poliklinisk kontroll etc)

- **Horisontal substitusjon**, hvor personell med likt utdannelsesnivå, men med ulik fagbakgrunn, utfører arbeid og oppgaver som normalt hører hjemme under den andre disiplinen (som ved at kliniske psykologer får rett til å forskrive legemidler).

Diversifisering og spesialisering medfører en utvidelse av eksisterende arbeidsoppgaver, mens vertikal og horisontal substitusjon innebærer reell oppgavedeling, som denne masteroppgaven tar utgangspunkt i.

2.2 Profesjonsteori

Oppgavedeling handler om fordeling av arbeidsoppgaver mellom profesjoner eller yrkesgrupper og samspillet mellom disse er derfor viktig. Derfor står spørsmålet om hva som definerer en profesjon sentralt, og dette har vært gjenstand for diskusjoner blant samfunnsvitenskapelige forskere i lang tid, uten at man har klart å komme fram til konsensus i hva man legger i begrepet. Spørsmål man har stilt seg er: Hvilke yrker kan hevde at de er en profesjon og hva kjennetegner en profesjon? Hva skiller en profesjon fra andre yrker? I tillegg utvides profesjonsbegrepet stadig og nye grupper kommer til.

”Når en yrkesgruppe beskriver seg selv som profesjon, uttrykker den sitt eget selvbilde og prøver å overbevise andre om sin betydning og berettigelse”

(Molander og Terum 2010, s 17).

Molander og Terum forklarer profesjonsbegrepet med det de kaller det *organisatoriske* og det *performative* aspektet. Det første aspektet er primært en organisatorisk tilnærming ved at en profesjon har kontroll over arbeidsoppgavene sine ved for eksempel autonomi, selvstendighet og monopol. Monopol i denne sammenhengen vil si at profesjonen har eksklusive arbeidsoppgaver for personer med en spesiell utdanning, og på den måten er ekskluderende. En profesjon kan derfor sees på som en markedsregulerende organisering av et yrke. ”Ved å kontrollere adgangen til arbeidsoppgavene kontrollerer den også tilbudet av tjenester” (Molander og Terum 2010 s 18). I det performative perspektivet ser man primært på utøvernes handlinger og arbeidsoppgaver. Det handler om ansvarsforhold, tjenester, pasientsituasjoner, og kunnskap.

Sosiologen Everett Hughes viste stor interesse for relasjonene mellom profesjoner og klientene deres, samt dynamikken mellom ulike yrkesgrupper. Profesjonenes selvhevdelse og beskyttelse av eget fagområde ble trukket fram (Fauske, i Molander og Terum, 2010). Hughes lanserte begrepene *lisens* og *mandat*. Lisens er både en legal rettighet til å utøve et yrke og en forventning fra samfunnet, en offentlig aksept på for at noen arbeidsoppgaver er forbeholdt noen yrkesgrupper. Hva som er god eller dårlig utøvelse av et yrke har profesjonene selv mandat til å bestemme. For eksempel kan leger uttale seg om hva som er god helsepolitikk og advokater om hva som er god kriminalpolitikk. Huges mener at hvis samfunnet aksepterer og anerkjenner slike ekspertuttalelser er det et tegn på fullverdige profesjoner. (Fauske, i Molander og Terum 2010).

Eliot Freidson var kritisk til profesjonene som ivaretakere av fellesskapets beste. Han mente for eksempel at legene har tatt seg til rette i forhold til andre yrkesgrupper, og at deres yrkesmonopol er svakt begrunnet. (Brint 1993). I følge Freidson er profesjon først og fremst basert på kunnskap og muligheten til å ta beslutninger. Profesjonsbegrepet innebærer også at arbeidet heller ikke kan standardiseres eller rasjonaliseres. Freidson mente at begrepet ”*professionalism*” er en situasjon hvor en organisert faggruppe har makt til å bestemme hvem som er kvalifisert til å utføre en spesiell oppgave. Faggruppen kan hindre og begrense andre i å utføre disse oppgavene og selv avgjøre hvilke kriterier deres arbeid skulle måles opp mot. (Freidson 2001).

På 1960- og 70-tallet bringes maktbegrepet inn i diskusjonen om profesjoner. Man diskuterte den individuelle makt i forholdet mellom profesjonsutøver og klient, makten profesjonene i mellom, og mellom profesjoner og samfunn. Perspektivet var mer kritisk enn før med fokus på monopolisering og profesjonenes kamp for privilegier og beskyttelse av eget arbeidsområde. Max Weber (1864-1920) karakteriserte profesjoner ved hjelp av *idealtyper*. Han mente privilegerte arbeidsgrupper som leger, advokater og kunstnere vil bestrebe seg på å posisjonere seg i forhold til hverandre for å oppnå eller opprettholde status i samfunnet. (Fauske, i Molander og Terum 2010).

Jeg har valgt å se nærmere på hvilken tilnærming Andrew Abbott hadde på temaet. Grunnen til dette er at jeg synes tilnærmingen passer til hvordan vi har organisert oss som profesjonsutøvere i dagens sykehus. Andrew Abbotts syn er systemorientert. Det er profesjonene selv og ikke den enkelte profesjonsutøver som er i fokus. Profesjonene er relatert til hverandre og inngår i et omfattende dynamisk system som stadig endrer seg (Fauske, i Molander og Terum 2010).

Grensene mellom ulike profesjoner utfordres hele tiden, og Abbott beskriver i sin bok den inngående konkurransen og uenighetene som stadig er til stede mellom tilgrensende profesjoner. Hver fagprofesjon ønsker primært en full og eksklusiv *jurisdiksjon* over sitt eget fagområde, men dette er ofte ikke mulig (Abbott 1988, s 71). Ofte ender man opp med å inngå kompromisser og dermed en form for våpenhvile, det som Abbott beskriver som *settlements*. Slike settlements er ofte ”mellomstasjoner” på veien mot en annen ordning. Den mest kjente formen for settlement er subordinering, hvor sykepleiefaget kan være et godt eksempel. Abbott beskriver Florence Nightingale og hennes opprinnelige visjon og ønske om sykepleiefaget som en selvstendig og uavhengig profesjon, likestilt med den medisinske. Men Nightingale møtte mye motstand blant medisinerne på den tiden (1800-tallet). Sykepleiere og medisinerne var og er helt avhengig av hverandre i det praktiske arbeidet med pasientene, og dette sammen med vanskelighetene som var rundt rekrutteringen til sykepleieyrket, gjorde at sykepleien ble en subordinert fagprofesjon underlagt medisinen. (Abbott 1988, s 71). Den overordnede profesjonen beholder retten til den teoretiske, akademiske modellen, men kan låne ut noe av denne til de som utfører arbeidet på deres vegne. (Abbott 1988, s 87). Underordnede profesjoner gir den overordnede profesjonen flere fordeler (Abbott 1988, s 72). Denne ordningen gjør det mulig å delegere arbeid som er rutinepreget, ubehagelig og kanskje også farlig. Den interne arbeidsdelingen kan ved en slik organisering gjøres enklere og mer oversiktlig, men denne underordningen kan også ha sine vanskeligere sider. De underordnede gruppene kan for eksempel utføre selvstendige oppgaver i stort omfang, uten direkte løpende kontroll av de overordnede. På den måten kan den opprinnelige ordningen og strukturen skjules. Dette fenomenet er spesielt tydelig ved kompliserte institusjoner, som sykehusene er. Et annet viktig moment er at den overordnede profesjonen blir helt avhengig av de underordnede. De overordnede og vil kanskje etter en stund ikke lenger være i stand til å utføre store deler av sitt eget arbeid uten medvirkning fra de underordnede. Man er da i en situasjon hvor organiseringen ikke lenger vil fungere uten disse. Systemet blir gjennom dette i seg selv ustabilt og må kontinuerlig aktivt vedlikeholdes utad overfor opinion og samfunn (Abbott 1988, s 73). Om befolkningen skal oppfatte sykepleiere som underordnet medisinerne, må de også tro og akseptere at legene vet og kan mer enn sykepleierne på det medisinske området. Abbott mener legestanden så langt har lyktes i arbeidet med å opprettholde dette bildet; ”The public fiction survives that only doctors can do certain things, when nurses and others are in fact doing them all over the professional world” (Abbott 1988, s 68).

Abbott skriver om settlements som en slags *intellektuell jurisdiksjon*, og som ligger midt i mellom underordning og full oppsplitting. Dette er når en profesjon beholder kontrollen

over teori og tankemodeller, men tillater, eller tvinges til å tillate, andre å praktisere på grunnlag av profesjonens intellektuelle basis. En slik ordning kan være svært ustabil da de som står utenfor lett vil kunne skape sitt eget kognitive teorigrunnlag med ”lånt” tankegods. Et eksempel er psykoterapien som i utgangspunktet ble utviklet av psykiatere. I USA kunne bare leger oppnå status som psykoanalytikere. Etter hvert har psykologer, sosialarbeidere og andre brukt denne tenkemåten til å utarbeide egne teoretiske modeller som igjen har medført at de har kunnet ta over store deler av denne arenaen (Abbott 1988, s 75).

Mellom oppsplitting og underordning beskrives en liknende form for avtale eller settlement som enda løsere. Det er den *rådgivende jurisdiksjon* (Abbott 1988, s 75), når en profesjon påberoper seg rett til å komplimentere en forståelse ut fra sitt eget faglige ståsted. En forlanger ikke full rett til å overta et arbeidsfelt eller en pasientgruppe, men ser på seg selv som et nødvendig supplement. Et eksempel er forholdet mellom psykiatrien med medisinerne på den ene siden og teologene med sin sjelesorg eller pastorale kliniske virksomhet på den andre. Teologene ønsker ikke med dette å ta over ansvaret for de psykisk syke, men hevder at de med sin kompetanse, har en alternativ forståelsesmodell som et supplement.

Klassiske dominante profesjoner vil forsøke å beskytte sine tradisjonelle profesjongrenser. De vil forsøke å skjule nytten ved praktiske ordninger og oppgavedeling til andre på arbeidsplassen. Dette kan gjøres ved å fokusere på akademisk kunnskap for å forsøke å beholde profesjongrensene og egen jurisdiksjon:

”Knowledge is the currency of competition” (Abbott 1988, s 102).

En annen type settlements er full oppsplitting der et arbeidsområde deles mellom to faggrupper, og de får hver sin jurisdiksjon. Dette ser en vanligvis på fagområder i rask utvikling og kan benevnes som spesialisering. Dette er også beskrevet i Frich 2012, s 6.

En annen mulig løsning kan være at flere profesjoner deler og samtidig har lik tilgang til et arbeidsområde. Dette er i følge Abbott mindre vanlig da det har vist seg vanskelig. En tredje løsning og som har en mer praktisk form for settlement er deling basert på klient. Det er da ikke faget og arbeidsområdene som deles, men det praktiske arbeidet med å ha ansvar for hver sin del av brukerne eller pasientene. Dette kan for eksempel være basert på faktorer som sosial klasse, geografisk tilhørighet eller betalingsevne.

Abbott skriver også om interne strukturelle forhold innad i de enkelte fagprofesjonene. Hver profesjon kan ha interne grupper hvor de med en bestemt ferdighet eller spesialkompetanse har sin tilhørighet. Disse gruppene kan fange rundt spesielle oppgaver som for eksempel opplæring, kontroll osv. Den interne organiseringen har en avgjørende

betydning da det er denne som påvirker profesjonenes evne til å opprettholde sin eksistens i en konkurranseutsatt profesjonskamp (Abbott 1988, s 82). Det er med andre ord den profesjonen som er best organisert som vinner kampen om profesjonsgrensene. En skal likevel være klar over at det finnes viktige unntak. En for kompleks organisering kan føre til rigiditet og manglende evne til å tilpasse seg. Mindre organiserte og regulerte faggrupper kan ha en fordel ved å ha større fleksibilitet og mobilitet som bidrar til at disse enklere kan settes til nye oppgaver.

Et annet moment kan være at de profesjonene som er mest organisert og har mange kriterier for inklusjon bare sakte klarer å respondere på nye krav til kapasitet. Man klarer med andre ord ikke å lære opp nok nye personer for å møte en økt etterspørsel. Det som i noen tilfeller kan være en fordel, kan altså i andre tilfeller være en ulempe (Abbott 1988, s 83).

2.3 Fysioterapeutenes historie, utdanning og kompetanse

De aller første fysioterapeutene i Norge var utdannet i Sverige. De kalte seg sykegymnaster og faget het sykegymnastikk. Det var først i 1969 at den offisielle yrkesbetegnelsen fysioterapeut ble innført. Fysioterapiens historie startet i Norge med at to svenskutdannede sykegymnaster tok initiativ til å danne en fagforening. Året var 1895 og to år senere startet en utdanning i sykegymnastikk, initiert og drevet av norske leger i privat regi. Utdanningen fikk et medisinsk orientert navn: ”Christiania Orthopædiske Institutt”. Ortopedi omfavner bevegelsesapparatet i menneskekroppen med dertil bein, ligamenter, muskulatur, leddkapsler osv. Med en slik start på norsk fysioterapi skulle det være tydelig at forholdet mellom leger og fysioterapeuter er sentralt. Forholdet er avgjørende for spørsmålet om råderetten over eget fag og egen fagutøvelse, altså autonomien, som er selve kjernen i profesjonsspørsmålet. I dag er det slik at i noen deler av helsetjenesten har fysioterapeuter stor selvstendighet og profesjonsbegrepet er dekkende for deres virke. I andre deler har legene en viss kontroll som begrenser fysioterapeutenes autonomi. For eksempel fungerer fysioterapeuter med tilleggsgutdanning i manuell terapi som førstekontakter i helsetjenesten, det vil si de har en såkalt ”portvaktrolle” tilsvarende legene. De har med andre ord rett til å diagnostisere, sykemelde og henvise til andre i helsevesenet. Denne rollen fikk de i det første tiåret av 2000-tallet.

I vårt naboland Sverige hadde de sykegymnastikkutdanning allerede i 1813. Dette var en tid preget av en ny interesse for gymnastikk og kroppskultur i store deler av Europa, og i Sverige utviklet Per Henrik Ling (1776-1839) kalt ”sykegymnastikkens far” et omfattende bevegelses- og gymnastikksystem som har preget både frisk- og sykegymnastikk langt utover Nordens grenser. Sykegymnastikken endret seg fra å være en disiplin med stor autonomi og anseelse på 1800-tallet, altså en profesjon, til å bli et yrke underordnet medisin i første halvdel av det 20.århundre.

Fysioterapi er et kvinneyrke i den forstand at flertallet av fysioterapeutene er kvinner. Det gjelder i de aller fleste land, men fordelingen mellom kvinner og menn varierer sterkt land imellom. I flere tiår har den vært nokså stabil i Norge med omtrent 70 prosent kvinner. I Sverige var utdanningen fra begynnelsen av kun åpen for menn, og de fleste hadde militær og adelig eller høyborgerlig bakgrunn. Kvinner fikk adgang først i 1864, etter 50 år. Ytterligere 50 år etter dette ble sykegymnastikkyrket dominert av kvinner, og da i mer assistentpregete roller i forhold til leger.

Begrepet ”kvinneyrke” har med andre ord med mer enn antall kvinner å gjøre. Når vi sammenligner privat og offentlig helsetjeneste for eksempel, ser vi at en stor andel av menn arbeider i private institutter, og flertallet av offentlig ansatte fysioterapeuter er kvinner. I fagfelt som barnefysioterapi og psykiatri er det flest kvinner, mens menn dominerer i idrettssammenheng.

Medisin har vært premissgivende for utviklingen av fysioterapi på mange måter. Det er forholdet mellom forståelse av sykdom og pasienters bevegelses- og funksjonsproblemer som har stått i sentrum i fysioterapeuters profesjonsbestrebelse. Følgelig er det selve vurderingsgrunnlaget for definering av helseproblemer knyttet til muskel- og skjelettsystemet som har vært det springende punktet i stridighetene mellom leger og fysioterapeuter. Leger har tradisjonelt hatt definisjonsmakten når det gjelder diagnostikk, og fysioterapeuter har primært fungert som behandlere. Siden forståelse av pasienters problemer er bestemmende for hva man velger å gjøre terapeutisk, sier det seg selv at denne arbeidsdelingen mellom leger og fysioterapeuter kan by på utfordringer.

Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell og har et selvstendig vurderings- og behandlingsansvar i pasientsituasjoner. De er underlagt Helsepersonelloven, som blant annet innebærer at de skal utøve faglig forsvarlig fysioterapi og holde seg faglig oppdatert. Utdanningen i Norge er en tre-årig bachelorutdanning med et påfølgende turnusår før man får endelig autorisasjon, totalt fire år. Turnusåret er oppdelt to, hvorav seks måneder i førstelinjetjenesten og seks måneder i spesialisthelsetjenesten. Det utdannes fysioterapeuter

ved fire høyskoler i Norge (Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø), og det finnes en spesialistordning med 13 ulike spesialiteter for fysioterapeuter (Norsk Fysioterapeutforbund).

Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen er forankret i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap og en erkjennelse av at det er mange ulike faktorer som er med på å opprettholde helse, og som bidrar til funksjonsnedsettelse, smerte og sykdom.

Samhandlingsreformen, og trender som profesjonsnøytralitet og profesjonglidning, innebærer at fysioterapeuter må arbeide for å synliggjøre sin kompetanse på de «tradisjonelle» arenaene. Samtidig åpnes det for at fysioterapeuter kan søke innpass på nye arenaer og være nytenkende når det gjelder hvordan kompetansen kan benyttes innenfor ulike sektorer, både innenfor helse/omsorg, oppvekstmiljø, arbeidsliv med mer.

På somatiske institusjoner er fysioterapeutenes kompetanse viktig både i den akutte fasen etter alvorlig sykdom og operative inngrep, og for å starte rehabiliteringsprosessen så raskt som mulig. Fysioterapeuter vil her kunne overta tradisjonelle legeoppgaver, som pre- og postoperative kontroller (Norsk Fysioterapeutforbund). Fysioterapeuter har også drevet fysikalske institutter i primærhelsetjenesten i mange år. Betingelsene for fysioterapeutene på instituttene endrer seg stadig. Noen fysioterapeuter har i dag driftsavtale med kommunen som gjør at man får et driftstilskudd og refusjon fra trygdeetaten. Pasientene som har diagnoser som gir full refusjon slipper da å betale egenandelen. Fysioterapeuter som ikke har slik driftsavtale med kommunen har ikke tilgang til refusjonsordningen, og må ta hele sin inntjening fra pasientene.

2.4 Pasienttilfredshetsundersøkelse

Ved kirurgisk klinikk på LDS er det rutine å kontrollere hofteprotesepasientene tre måneder etter operasjonen. Denne kontrollen ble tidligere vanligvis utført av samme kirurg som opererte pasienten. For å finne ut hva om pasientene var like fornøyd med at det var en fysioterapeut som utførte denne kontrollen, gjennomførte sykehuset en forsøksordning i 2011 hvor fysioterapeut utførte denne 3-månederskontrollen. Sykehuset valgte å evaluere denne forandringen ved å gjennomføre en liten studie i perioden april – september 2011 for å se på tilfredsheten blant disse pasientene. Metoden som ble brukt var å fordele disse postoperative hoftekontrollene i ulike pasientgrupper, den ene gruppen ble kontrollert av operatøren og den

andre gruppen av fysioterapeut. Det ble sendt ut et spørreskjema til pasientene 4-5 dager etter kontrollen og svaret ble returnert i frankert svarkonvolutt. Svarprosenten var på hele 99 %.

Spørreskjemaet inneholdt ett spørsmål:

”Hvor fornøyd er du med oppfølgingen på kontrollen etter 3 måneder?”.

Det var fire svaralternativ (misfornøyd, usikker, fornøyd og svært fornøyd).

Resultatet viste at 95 % av pasientene var enten fornøyd eller svært fornøyd med kontrollen. Det var det samme enten de hadde vært til kontroll hos fysioterapeut (n=81) eller lege (n=193). Undersøkelsen ble presentert på den årlig nasjonale konferansen til Norsk ortopedisk forening, en spesialforening i Den Norske Legeforening (Høvik 2011).

2.5 Økonomiske momenter

En poliklinisk postoperativ kirurgisk kontrolltime utført av lege vil generere en inntekt på rundt 880 kroner for sykehuset. En etterundersøkelse hos lege på poliklinikken gir 252 kroner, 40 % av en DRG-vekt på 0,016. I tillegg kommer egenandelen. Om en fysioterapeut utfører den samme kontrollen vil dette ikke generere noen inntekt til sykehuset. Fysioterapeutene som faggruppe utløser ikke refusjon fra trygdeetaten ved polikliniske postoperative kontroller i spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder for blant annet ergoterapeuter og kliniske ernæringsfysiologer. Det er med andre ord ikke en fagnøytral finansieringsordning på plass.

Tidligere helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre besøkte LDS mandag 4.mars 2013. Han fikk blant annet presentert hvordan man på sykehuset har satt oppgavedeling i system ved kirurgisk klinikk ved at fysioterapeuter og sykepleiere nå tar konsultasjoner som legene tidligere gjorde. Han ble da gjort oppmerksom på at fysioterapeuter ikke utløser noen økonomisk kompensasjon. Han syntes dette var svært interessant informasjon og skulle ta dette med seg tilbake til departementet. LDS valgte å sende han mer utfyllende informasjon og direkte forespørsel om denne problemstillingen den 15.mai 2013. Det ble der bedt om at departementet ser nærmere på muligheten for å inkludere de polikliniske konsultasjonene utført av fysioterapeuter i den innsatsstyrte finansieringsordningen (ISF). Svarbrevet fra departementet viser til at det 2011 ble innført obligatorisk registrering av poliklinisk

fysioterapi for å få en bedre aktivitetsbeskrivelse, men også med sikte på å vurdere om denne aktiviteten skal inngå i ISF-ordningen. Helse- og omsorgsdepartementet skriver til slutt at de vil arbeide videre med saken. Jonas Gahr Støre kom imidlertid ikke med noen konkrete endringer til dagens praksis før han gikk av som helse- og omsorgsminister 16.oktober 2013.

Rapporten ”*Samdata spesialisthelsetjenesten*” utgis årlig av helsedirektoratet med data om ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten. Denne gir grunnlag for sammenlikning av sykehusene i Norge. LDS hadde i 2012 en kostnadsindeks på 0,85 (gjennomsnittet er 1,0) hvilket betyr at sykehuset har en kostnad per DRG-poeng som er 15 % under landsgjennomsnittet. Til sammenlikning var samme indeks for LDS på 0,90 i 2011. Sykehuset er dermed blant landets mest kostnadseffektive sykehus og ligger markert bedre an enn de øvrige sykehus i Oslo-regionen. (Helsedirektoratet 2013a, tabell 7.1, s 104).

2.6 Juridiske momenter

Jeg har i denne oppgaven tatt utgangspunkt i at oppgavedeling defineres som en prosess der jobbelementer overføres fra en yrkesgruppe til en annen (vertikal substitusjon). Vi snakker om en omfordeling av arbeidsoppgaver for bedre å utnytte ressursene. Det finnes ikke en egen lovbestemmelse som omhandler oppgavedeling spesielt. Det er likevel ikke helt uavhengig av regelverket i hvilken grad det kan skje en oppgavedeling.

Tidligere hadde man egne profesjonslover innenfor helsevesenet som begrenset hva de ulike helseprofesjonene kunne utføre. Den 1. januar 2001 trådte en ny felles helsepersonellov i kraft, og avløste alle helseprofesjonslovene. Lovens formål er blant annet å bidra til sikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og gjelder for alt helsepersonell etter definisjoner i helsepersonelloven § 3. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell. Dette åpner blant annet opp for mulighetene for oppgavedeling ved bruk av medhjelpere (§ 5). Loven sier også i § 4 at tjenestene som ytes skal være forsvarlige. Eksempler på oppgavedeling kan være at sykepleiere suturerer pasienter med små skader, fysioterapeuter utfører ortopediske postoperative kontroller, optikere gjør øyehelseundersøkelser og sykepleiere legger ned sonder. Helsepersonelloven har ingen bestemmelser om at en type behandling kun skal utføres av en profesjonsgruppe. Hva den enkelte kan gjøre styres nå ut fra forsvarlighetsprinsippet i Helsepersonelloven § 4.

Jeg ønsker å se nærmere på de paragrafene i Helsepersonelloven som er de mest aktuelle ved oppgavedeling.

Helsepersonelloven § 5 Bruk av medhjelper

Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.

§ 5 er tydelig på at det er den som delegerer som har ansvaret for at personalet det delegeres til har de nødvendige kvalifikasjoner og at det legges til rette for at disse kvalifikasjonene kan erverves. I praksis vil det være en lederoppgave å sørge for at det legges til rette for faglig opplæring, og den enkelte arbeidstaker må samtykke i at den aktuelle opplæringen er forsvarlig. Den som delegerer må selv kunne/beherske oppgaven som delegeres, og har ansvaret for å følge opp det videre arbeidet. Den som har fått oppgaven delegert kan ikke delegere denne videre til en annen, jamfør Odelstingsproposisjon nr 13 (1998-1999) s 218. Ved oppgavedeling kan en innrette helsetjenesten slik at en får billigere helsetjeneste, da arbeidsoppgavene kan utføres av billigere arbeidskraft.

Slik jeg ser det er det i Helsepersonelloven tre ting som begrenser mulighetene for oppgavedeling: forsvarlighetskravet (§ 4), legen/tannlegens plikt til å ta beslutninger som gjelder undersøkelser og behandling (§ 4-3), samt utskriving av reseptpliktige medikamenter (§ 11).

Helsepersonelloven § 4 Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelser og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

I § 4 første ledd forlanges det høy profesjonalitet. Ved omsorgsfull hjelp kreves det at fagpersoner kommuniserer og samarbeider med pasienten. Videre forventes det mer av en spesialist eller erfaren helsearbeider sammenliknet med en uten disse kvalifikasjonene. Det forventes også mer i en planlagt situasjon (f.eks. elektiv kirurgi) enn i en akutt situasjon. Har man gode rammer og bemanning vil det også kunne forlanges mer av helsepersonellet.

I § 4 andre ledd legges det vekt på den enkelte fagutøver arbeider ut ifra sine egne faglige kvalifikasjoner og at man skal innhente hjelp fra kvalifisert personell der det er nødvendig. Det legges også opp til at oppgaver kan endres som følge av økte kvalifikasjoner, men at det fortsatt er den enkelte yrkesutøver som er ansvarlig for å sette grensene for hva de mener seg kvalifisert til å gjøre, og at man er pliktig å innhente kvalifisert hjelp der det er nødvendig. Med andre ord skal en kjenne sine begrensninger og søke samarbeid for å unngå risiko (Molven 2012).

2.7 Hva finnes av forskning?

Det er forsket forholdsvis lite på fenomenet oppgavedeling i helsevesenet. Dette kan skyldes at fenomenet ikke har vært særlig aktuelt inntil ganske nylig, og/eller at det kan være vanskelig å forske på temaet. Jeg har søkt på internett etter forskning på oppgavedeling men finner svært lite som er publisert med tanke på oppgavedeling blant fysioterapeuter på sykehus. Dette gjelder både i Norge og utlandet. Jeg søkte på PubMed, Pedro (Physiotherapy evidence database), Cochrane database of systematic reviews, Medline og Google for å finne studier om oppgavedeling.

Kunnskapssenteret publiserte 10. september 2013 en rapport med tittelen: ”Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus”. Kunnskapssenteret fikk i oppdrag av Helsedirektoratet å oppsummere forskning som hadde evaluert effekter av oppgavedeling mellom yrkesgrupper i spesialisthelsetjenesten for seks utvalgte helsetjenester, og vurdere kvaliteten av dokumentasjonen for resultatene. Dette gjaldt å avlaste leger ved endoskopi, avlaste leger i oppfølging av pasienter i poliklinikk generelt, avlaste operasjonssykepleiere,

avlaste radiologer, avlaste patologer, og å bruke legesekretærer og annet merkantilt personell i nye roller. Fire systematiske oversikter og fem RCT (randomiserte kontrollerte forsøk) tilfredsstilte inklusjonskriteriene. De omhandlet oppgavedeling for to av de seks områdene de ønsket å studere nærmere. Kunnskapssenteret fant at det er fragmentarisk og mangelfull forskningsbasert dokumentasjon på effekter av oppgavedeling innen de seks områdene i spesialisthelsetjenesten. Det er med andre ord lite forskning som er publisert. Jeg vil anta at en i framtiden vil oppleve at det kommer mer forskning om dette av økonomiske grunner, men kanskje aller mest på grunn av manglende helsepersonell i framtiden. (Kunnskapssenteret 2013).

Helsedirektoratet publiserte i september 2013 en delrapport som kartlegger og ser på erfaringer med oppgavedeling i spesialisthelsetjenestene i Norge og andre nordiske land. Denne rapporten konkluderer med at der hvor sykepleiere eller fysioterapeuter har tatt over noen av legekonsultasjonene på poliklinikken, har driften blitt mer rasjonell og kostnadseffektiv. Tilbakemeldingene viser at både pasientene og helsepersonell er mer fornøyd. Det er oppgavedeling mellom faggruppene lege og sykepleier det er funnet flest eksempler. Generelt kan man si at profesjonsstrid har bidratt sterkt til å hindre oppgavedeling på de fleste områder i sykehus. En annen årsak til at ikke flere har lyktes, kan være manglende forankring hos ledelse og helsemyndigheter.

Danmark fremstår i dag som det Nordiske landet som har kommet lengst med oppgavedeling. Bildet av skarpe profesjongrensener som til tider har preget debatten, er i ferd med å endres. Ledere og medarbeidere finner hele tiden bedre og kortere veier til løsning av oppgavene. (Helsedirektoratet 2013b)

Delrapportene fra Kunnskapssenteret og Helsedirektoratet inngår i en endelig rapport som forventes publisert den 15. november 2013, og vil være en bredere vurdering av hvordan endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og gi mer effektiv pasientbehandling.

3 METODE

3.1 Oppgavens design

For å få svar på forskningsspørsmålene mine har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ forskning benytter seg av undersøkende og utforskende fremgangsmåter. Slike metoder har vært benyttet for å beskrive, forstå og forklare hvordan sosiale fenomen erfares for den enkelte (Malterud 2002). Jeg vurderte hvilken metode som ville være gunstigst for min studie. Jeg valgte fokusgruppeintervju. En fokusgruppe består vanligvis av fem til åtte personer og ledes av en moderator. Den kjennetegnes av en fri og lite styrende intervjustil der moderator presenterer emnene som skal diskuteres, men lar samtalen løpe relativt fritt. Hensikten er ikke å komme til enighet, men heller få fram flere syn på en sak og det mangfold av meninger som eksisterer i intervjugruppen (Kvale 2009). Gruppeintervjuer har vært vanlig å bruke fra helt tilbake på 1920-tallet (Kvale 2009). I helsevesenet har fokusgrupper blitt brukt særlig spesielt i forhold knyttet til pasientenes opplevelser ved kroniske sykdommer. Malterud (2002) hevder at tilnærmingen er spesielt godt egnet om en vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler.

Jeg samlet fysioterapeuter som har arbeidet med oppgaver gitt i forbindelse med oppgavedeling på poliklinikken ved kirurgisk klinikk i en fokusgruppe. Jeg bestemte meg for denne tilnærmingen da den åpner opp for mange innspill, synsvinkler og variasjoner. Jeg antok også at den ville kreve mindre ressurser for datainnhenting siden jeg ville klare meg med færre intervjuer enn om jeg skulle intervjuer dem hver for seg. Siden deltakerne på fokusgruppeintervjuet var kollegaer og med samme fagbakgrunn, og alle hadde jobbet med nye arbeidsoppgaver tilført på grunn av oppgavedeling, mente jeg det ville være en åpen tone under intervjuet. Når jeg bare har valgt å intervjuer en faggruppe vil jeg kanskje gå glipp av momenter og innspill fra andre samarbeidende faggrupper som går mer generelt på selve organiseringen av oppgavedelingen. Jeg vurderte i begynnelsen å ha en heterogen fokusgruppe med både leger og fysioterapeuter, men valgte ikke dette da jeg tror det kunne skape en mer begrensende og lukket atmosfære under selve intervjuet. Dette fordi en har ulik fagbakgrunn og erfaringer, samt at det kunne komme fram temaer som ville være polemisk for en av faggruppene og dermed føre til en unødige opphetet diskusjon. En annen mulighet kunne vært å ha to faghomogene fokusgrupper, en med fysioterapeuter og en med leger fra

samme poliklinikk, som ville gjort det mulig å se oppgavedelingen fra begge faggruppene ståsted. Men dette ville lett kunne sprengte rammen for en masteroppgave som denne.

Mitt fokusgruppeintervju med fysioterapeutene ble gjennomført i midten av mars 2013. Jeg valgte selv å være moderator under intervjuet og det hele ble tatt opp som lydopptak. Forut for intervjuet var jeg invitert på et internt fagmøte for fysioterapeutene som arbeidet ved kirurgisk klinikk. Jeg presenterte der mine tanker og ideer for oppgaven, og fikk støtte for at de ville stille opp på et fokusgruppeintervju. Før intervjuet fikk alle deltakere informasjon om hensikten, forskningsspørsmålene, hvordan intervjuet praktisk ville gjennomføres og de måtte lese og signere samtykkeerklæringen. Jeg fikk anledning til å gjennomføre intervjuet i tidsperioden fysioterapeutene vanligvis har sitt ukentlige fagmøte, slik at det ikke påvirket arbeidsdagen med tanke på pasientbehandling.

Deltakerne hadde sett mine forskningsspørsmål før fokusgruppeintervjuet, men de hadde ikke sett underpunktene under hvert spørsmål. Dette valgte jeg for å unngå at de skulle bli mer opptatt av å svare på mine spørsmål enn å snakke fritt rundt de aktuelle forskningsspørsmålene. Siden jeg selv var moderator under intervjuet, ville jeg ha anledning til å forsikre meg om at underpunktene også ble belyst under samtalen. Jeg har tidligere ikke vært moderator under et fokusgruppeintervju, så jeg var forberedt på at dette ville kreve mye konsentrasjon av meg.

Jeg erfarte at det er hensiktsmessig å teste ut intervjusituasjonen på forhånd. Det ga meg kunnskap om gunstig opptaksteknikk, back-up-opptaker, lydforstyrrelser og gjorde at selve intervjuet kunne gjennomføres mer effektivt.

Som moderator oppdaget jeg at deltakerne under intervjuet var opptatt av å snakke til meg, heller enn med de andre deltakerne. Jeg burde vært enda tydeligere på min egen rolle overfor de andre. Retrospektivt burde jeg ikke ha sittet så nært, men hatt en litt mer tilbaketrukket plasseringen for å stimulere til en diskusjon mellom deltakerne og ikke med meg. Det var en litt spent stemning i begynnelsen, men stemningen ble litt ledigere etter hvert som intervjuet pågikk. Noen av deltakerne var mer frempå enn andre, som er naturlig. Det var få som tidligere hadde deltatt på et fokusgruppeintervju.

Forskningsspørsmålene i denne oppgaven forsøker å belyse hvilke synspunkter og erfaringer fysioterapeutene har på oppgavedeling. Ønsket er å synliggjøre et mangfold av meninger, og la disse komme fram. Under behandlingen av dataene fra fokusgruppeintervjuet ble det etter hvert klart for meg at de opprinnelige forskningsspørsmålene mine ikke helt ut dekket det jeg etter hvert fant i analyseringen av transkripsjonen. I de opprinnelige forskningsspørsmålene ønsket jeg finne ut av hvilke eksempler på oppgaveglidning

informantene hadde opplevd eller hørt om. Dette spørsmålet valgte jeg fjerne da jeg fikk svært lite data her. Et annet spørsmål lød ”Utfordringer/ulempes ved oppgaveglidning?”. Dette spørsmålet fanger ikke opp fordeler og gunstige effekter av oppgavedelingen, så jeg åpnet opp for både positive og negative aspekter for å fange opp flere av informantenes momenter. Transkripsjonen ble sjekket mot lydfilen en ekstra gang for å forsikre meg om at alt som ble sagt var kommet med. Dette gjorde at jeg ble oppmerksom på og klar over ulike tema på en annen måte, enn i selve intervjusituasjonen.

Jeg har valgt å bruke systematisk tekstkondensering som metode for å analysere datamengden som er på 30 transkriberte sider. Jeg valgte å dele opp analysen i fire ulike trinn, slik Malterud skriver at Amedeo Giorgi anbefaler for systematisk tekstkondensering (Malterud 2013, s 100). Først har jeg lest gjennom transkripsjonen for å bli bedre kjent med materialet og danne meg et helhetsinntrykk. Jeg forsøkte her å legge min forforståelse og teoretiske referanseramme til side, slik at jeg var mest mulig åpen for inntrykk som datamengden kunne gi meg. Jeg valgte å oppsummere ved å lage en liste over de ulike temaene jeg merket meg. Temaene var de første intuitive og databaserte stegene i organiseringen av materialet. Jeg la her merke til at det var gunstig at jeg hørte på lydfilen fra intervjuet flere ganger for å fange opp nyanser i hvordan informantene presenterte meningene sine. Jeg tenker da på i hvilken kontekst de var sagt, om de hadde en humoristisk tone, eller om de var mer spørrende enn klare konkrete meninger. Jeg ble overrasket over hvor viktig det var å ikke bare ta utgangspunkt i det transkriberte intervjuet. I andre trinn skilte jeg ut relevant tekst fra irrelevant tekst sett opp mot de etter hvert justerte forskningsspørsmålene. Disse meningsbærende enhetene systematiserte jeg så i koder. Kodene utviklet seg med utgangspunktet i de opprinnelige temaene fra første analysetrinn i tekstkondenseringen. I det tredje trinnet skilte jeg ut fellestrekk i den kunnskapen som kodegruppene i fase to representerte. Materialet med de meningsbærende enhetene ble deretter sortert i fem temagrupper: *ledelse*, *kvalitet*, *kontinuitet*, *faglighet* og *pasient*. I det siste trinnet satte jeg bitene sammen igjen. Jeg sammenfattet det jeg fant i form av gjenfortellinger som la grunnlaget for nye beskrivelser og begreper. Den systematiske tekstkondenseringen er kun gjort av meg.

3.2 Metodekritikk

For å finne svar på spørsmålene mine har jeg valgt å bruke en metode for datainnsamling som jeg har lite erfaring med. Dette kan ha bidratt til at jeg ikke har klart å få hentet ut den ønskede informasjonen fra informantene. Informantene mine kan ha fått for stort spillerom og ikke fått snakket nok om de sentrale temaene under fokusgruppeintervjuet. Informantene er kolleger og dette kan ha påvirket både dynamikken under fokusgruppeintervjuet og gjort at de har holdt tilbake informasjon som de kan ha følt ville vært for ubehagelig å komme med til en arbeidskollega. Selv om jeg ikke jobber med samme pasientgrupper og er organisert i en annen seksjon i mitt daglige arbeid kan noen av informantene ha opplevd det som problematisk. Jeg kan også selv ha oppført meg annerledes siden jeg har noe kjennskap til informantene på forhånd. Når det er sagt så har jeg selvsagt forsøkt å være meg bevisst disse problemstillingene ved å forsøke holde et objektivt og distansert perspektiv under datainnsamlingen. Min for forståelse for tematikken til denne oppgaven har jeg med meg inn i både utformingen av forskningsspørsmålene, intervjuguiden, fokusgruppeintervjuet og skrivingen av denne masteroppgaven.

Jeg har ikke gjennomført mange systematiske tekstanalyser av transkripsjoner tidligere. Tekstkondenseringen som Malterud beskriver er en metode som jeg har forsøkt kun en gang før denne oppgaven, men da på en langt mindre skala. Dette gjør at jeg kan ha oversett momenter som kan ha påvirkning for resultatet av analysen.

3.2.1 Min rolle som forsker - refleksivitet

Jeg arbeider som avdelingsleder for de fysioterapeutene som arbeider/server de medisinske sengepostene ved LDS. I mitt daglige virke har jeg lite samarbeid med fysioterapeutene som arbeider på kirurgiske sengepostene. Det er kun ved helgevakter, og til en viss grad i ferier, at vi arbeider på tvers av fagfeltene våre og tar pasienter innlagt på henholdsvis medisinske og kirurgiske sengeposter uavhengig av hvilket arbeidssted vi har til vanlig. Min relasjon til kollegaene er således ikke faglig nær da vi arbeider med ulike pasientgrupper og sengeposter. Det er gode relasjoner med tanke på det sosiale og det administrative samarbeidet på avdelingsledernivå.

I følge Malterud avviser moderne vitenskapsteori forestillingen om den nøytrale forskeren som ikke øver noen form for innflytelse på kunnskapsutviklingen. Mitt utgangspunkt, faglige interesser, og personlige erfaringer avgjør for eksempel hvilken

problemstilling som er aktuell, hvilket perspektiv jeg velger og hvilke resultater som besvarer spørsmålene. Det er derfor ikke spørsmål om jeg påvirker prosessen, men mer hvordan jeg påvirker den. Uansett hvilken forskningsmetode jeg hadde valgt vil jeg på en eller annen måte ha påvirket forskningsprosessen og resultatene. Det som er viktig er at jeg er klar over at jeg påvirker resultatet. Min forforståelse, faglig perspektiv, teoretisk grunnlag og erfaringer er med på å påvirke prosessen. Ved kvalitativ forskning skal jeg lese materiale og se etter mønstre. De mønstrene jeg finner er igjen avhengig av hvilke mønstre jeg har evne til å lese og gjenkjenne. For meg handler det om å være bevisst min forforståelse. Den har sitt utgangspunkt i at jeg er fysioterapeut. Min forforståelse bygger på teori og praksis som jeg har med meg inn i dette prosjektet. I løpet av masterstudiet har jeg fått en større oversikt over ulike områder og sett hvordan disse påvirker hverandre. For eksempel hvordan juridiske bestemmelser og føringer kommer i opposisjon til økonomiske rammer, kvaliteten i behandlingen, samfunnets forventninger om et helsevesen som skal behandle sykdom og ansatte i helsevesenet som ønsker å gi en så god behandling som mulig. Utfordringen min blir å gå inn i prosjektet uten å ha på ”skylapper” og se en begrenset horisont, men å være åpen for å lære noe nytt av materialet jeg har innsamlet.

4 RESULTATER OG REFLEKSJONER

Fysioterapeutene som har fagkompetansen på ortopedi tilhører en seksjon med egen avdelingsleder med ansvar for både fag og den daglige driften. I denne seksjonen serverer man de ortopediske sengepostene på sykehuset. Arbeidet ved kirurgisk poliklinikk ivaretas av de samme fysioterapeutene som på sengepostene, men de har egne faste dager hvor de er på poliklinikken. De mener dette er en stor fordel da de tar med seg erfaringene fra poliklinikken og sengepostene i sitt arbeid på de to respektive arbeidsstedene. Ved å ha et avgrenset fagfelt og få arbeidssteder mener Abbott forholdene ligger godt til rette for at en faggruppe lett kan tilpasse seg nye oppgaver (Abbott 1988, s 82-83). Fra empiri vet jeg at de fleste endringer medfører en viss form for motstand. Jeg er ikke av den oppfatningen at man i dette tilfellet er motstander av endringene, men mer at man ser de som nødvendige.

”Vi takker for oppgavene, fordi vi er veldig glad for å få de oppgavene, ikke sant, vi vil jo ha dem...jo, vi vil jo ha dem fordi at det gir oss utfordringer og det er givende og vi lærer nytt og, altså ja...”

Fysioterapeutene nevner tryggheten med kjente arbeidsoppgaver, men ser helt klart nytten av endringer i arbeidsoppgaver:

”Vi må faktisk også orke ubehaget...Ja vi må det. Yes....som en forandring medfører.”

Under den systematiske tekstkondenseringen valgte jeg å sortere meningsbærende setninger i fem ulike grupper som går igjen i den videre presentasjonen i dette kapitlet.

Ledelse

Helsepersonellovens § 6 pålegger ledelsen å organisere tjenestene slik at de er mest mulig effektive med hensyn til tid og økonomi. I dette mener jeg det ligger et ansvar hos ledelsen for kontinuerlig å vurdere om det er tiltak som kan iverksettes for å unngå ineffektivitet og uhensiktsmessig pengebruk. Endringene må gjøres uten at det går på bekostning av forsvarlighet og kvalitet. Med tanke på Samdata-rapporten for 2012 som viser at LDS er et av de mest kostnadseffektive sykehusene i landet, tyder dette på at ledelsen ved sykehuset bruker samfunnets midler på en god måte (Helsedirektoratet 2013a). Oppgavedelingen som utføres på kirurgisk klinikk antar jeg er et bidrag til dette.

De juridiske mulighetene som den felles fagnøytrale helsepersonelloven har åpnet opp for, gir muligheter på tvers av gamle profesjongsgrenser slik Molven forklarer det i sin bok (Molven 2012). Abbott beskriver ”settlements” som kortvarige mellomstasjoner på veien mot en annen ordning, som for eksempel at fysioterapeuter, eller andre faggrupper, overtar legenes fagområde som de polikliniske kontrollene har vært (Abbott 1988, s 71).

Fysioterapeutene trakk fram at mye av initiativet til den økende oppgavedelingen skyldes at det har vært ført en lite proteksjonistisk fagpolitikk, og at ledelsen har evnet å se muligheter i stedet for begrensninger og restriksjoner. De nevnte en konkret hendelse hvor klinikkens nyansatte leder ble svært overrasket over at pasientene var innskrevet på sengepost i to uker etter kneproteseoperasjoner:

”...men det begynte vel for mange, mange år siden, da klinikkensjefen ble ansatt, vel i 2002, tror han var helt over seg fordi at kneprotesene lå i over 2 uker, fordi at vi skulle se at bevegeligheten kom...”

Etter dette ble det innført at disse pasientene fikk være en uke på sykehuset før de ble utskrevet, og så kom de til kontroll etter to uker. Dette synes jeg viser at ledelsen har klart å se utfordringene slikt postoperativt forløp kan skape, og ved å bruke mulighetene som oppgavedeling her kan gi. I dette tilfellet organiserte man tilbudet på en slik måte at det ble mindre kostnader per pasient siden antall dager på sykehuset ble kraftig redusert, og man kunne øke antall nyinnleggelser.

Fysioterapeutene opplevde at ikke alle ortopedene var like fornøyde og villige til å gi fra seg oppgavene på poliklinikken, og holdt noe igjen.

”Men enhver endring vil jo på en måte møte motstand – tenker jeg – i en periode. Det kan ha noe med det også – bare.”

Dette kan skyldes at de ønsket å forsikre seg om kvaliteten på utøvelsen av kontrollene fysioterapeutene gjorde og på den måten være årsaken til at fornøydhetsundersøkelsen blant pasientene ble gjennomført. Abbott skriver at dominante fagprofesjoner kan forsøke å beskytte sine tradisjonelle profesjongsgrenser ved å fokusere på akademisk kunnskap for å forsøke å beholde profesjongsgrensene og egen jurisdiksjon (Abbott 1988, s 102).

”...kanskje bare er en gammel vane, sånn har det alltid vært og dermed så får vi (mumle). Jeg tror at mange av disse – i hvert fall de litt eldre ortopedene – som synes det har vært veldig hyggelig at – og så kommer pasientene etter 3 mndr., 1 år og etter 5 år og har sagt at: Snille doktor se på meg, jeg er så bra! Det tror jeg”.

Fysioterapeutene opplevde dog ikke at det åpent ble ytret at ortopedene stilte spørsmål til kompetansens deres. De sa at de opplevde det har vært de økonomiske incitamentene som først og fremst har bidratt til at oppgavedelingen har blitt mer aktuelt, og at de både så og forstod at ved oppgavedelingen på poliklinikken får en mer effektiv bruk av ressursene på sykehuset.

”Det kan godt tenkes at du går riktig frem når man kjenner mer til hverandre? Og at det er lettere å slippe fra seg ting til noenJa, helt klart Det er naturlig. Det er jo sånn som når vi var studenter, Det er et viktig poeng.”

Under den nasjonale kongressen om oppgavedeling som ble avholdt i Oslo i september 2013, ble flere momenter for å lykkes med oppgavedeling trukket fram under oppsummeringen siste dag. Forankring hos ledelsen ble nevnt av flere som et viktig moment. Fysioterapeutene nevner også dette som årsak til at det har gått så bra ved LDS.

”Og det er jo så godt forankret hos ledelse og videre nedover i hvordan gangen i dette her er nå.”

Ikke bare er det forankret i klinikkens ledelse, men også på øverste ledelsesnivå på sykehuset. I 2011 hadde LDS dette som et satsningsområde på alle nivåer. Det ble blant annet gjennomført en undersøkelse hvor de ulike avdelingene skulle komme opp med oppgaver som de anså at de kunne ta over, og oppgaver som de ønsket å gi fra seg. Dette gjorde at man fikk et økt bevissthetsnivå på temaet og oppgavedeling ble satt i fokus og man sikret at det var forankret i ledelsen på de ulike nivåene.

Fysioterapeutene mente også at sykehusets størrelse og lederskap gjør det lett å ta kontakt både oppover og nedover i systemet. Sykehuset er ikke større enn at man vet hvem man skal kontakte om det er noe man ønsker å ta opp, det være seg problemer, eller forslag til løsninger.

”Kommunikasjonslinjene internt på sykehuset fungerer bra – korte avstander”

Kvalitet

I løpet av fokusgruppeintervjuet var det flere temaer som ble diskutert og flere utfordringer og fordeler kom fram. Det var tydelig at de er opptatte av kvaliteten på den jobben de utfører.

Det har vært en utfordring at det ikke har vært noe systematisk opplæring av fysioterapeutene forut før oppstart av de nye oppgavene ved polikliniske kontroller. De mener de har tatt mye av ansvaret selv for å tilegne seg kunnskap ved å bli med ortopeder på poliklinikken for å se hvordan kontrollene utføres.

”Det har vel ikke vært noe sånn systematisk opplegg. Vi tar vel ansvar for mye av det selv, den opplæringen...”

I begynnelsen var det kun en fysioterapeut som overtok disse kontrollene for ortopedene. Hun var med flere ortopeder for å se hva de vektla på kontrollene.

”jeg fikk opplæring og jeg hospiterte hos flere faktisk, for å se hvordan de gjorde det.”

Etter hvert har flere fysioterapeuter begynt å ta over kontroller.

En av grunnene til at de ikke synes det har vært nødvendig med veldig systematisk opplæring, tror jeg kan skyldes at fysioterapeutene i sin grunnutdanning har mye kjennskap til funksjonsvurderinger hos mennesker. Fysioterapeuter har et godt utgangspunkt til å vurdere funksjon, og dermed dysfunksjon, og vurdere eventuelt hvilke tiltak som bør iverksettes for å komme tilbake til hensiktsmessig bruk av kroppen (Norsk fysioterapeut forbund). Siden postoperative kontroller kan sies å være en modifisert funksjonsvurdering, synes jeg man kan forvente at det ikke oppfattes veldig nytt eller annerledes enn hva man allerede har med seg av kunnskap. Det de trekker fram som utfordrende i så måte er vurderinger av røntgenbilder og tilheling av operasjonssår. Dette er fagområder som fysioterapeuter ikke har mye kunnskaper om. De forklarer at den teknologiske hverdagen er blitt annerledes med tiden og at de nå får røntgenbildene raskt beskrevet av kyndig personale, slik at dette ikke lenger er et stort problem.

”...teknologiske hverdagen helt annerledes i forhold til at røntgenbildene blir veldig raskt beskrevet, sånn at det på en måte ikke – der har vi på en måte ryggen fri, fordi om vi etter hvert lærer oss til å se på bildene, så forholder vi oss alltid til det røntgenlegen har beskrevet.”

Som kilde til økt kompetanse hos fysioterapeutene ble det diskutert hvorvidt hospiteringer og kurs var gode tilnærminger. Det ble da sagt at hospiteringer kan være vel så lærerike som fagkurs. Flere av informantene hadde vært på hospiteringer i Sverige og Danmark, og beskrev disse som svært lærerike og interessante.

”Hospitering kan jo bare være så nyttig som et kurs .. De hospiteringsbesøkene som vi har vært på, så synes jeg at det har gitt meg vel så mye som kurs.”

Informantene mente de får anledning til å være med på kurs og konferanser som er aktuelle for dem å delta på.

”Men jeg har forstått at sykehuset og ledelsen er veldig positivt innstilt til at vi går på kurs også, som er relevante for vår hverdag. Ikke sant, det er mitt inntrykk at vi nå – hvis vi ønsker – får være med på det vi – eller mye av det vi ønsker. Så det handler om at vi må bare komme med våre ønsker og behov, på det vi trenger.”

Økt kompetanse som sikring for god kvalitet ble trukket fram. Kompetansen kan komme fra både hospiteringer og kurs, men også fra erfaring og empiri. Flere ganger under fokusgruppeintervjuet trekkes det fram at erfaringen i seg selv gjør at man som terapeut blir tryggere og på den måten tilegner seg kunnskap som i en positiv sirkel. Man blir trygge på at det man gjør stemmer siden fremgangen hos pasientene fortsetter.

Det er også flere momenter som trekkes fram som avgjørende for at man har lyktes med oppgavedelingen. Et moment er mulighetene fysioterapeutene har til å kontakte ortopedene om det er noe de er usikre på.

”Det er jo ingen som sitter og er klare, men ikke sant – huset – det er jo sånn her at det er lett å få tak i, og om du ikke får tak i den du bør – som har operert – så finner du en som du spør... eller det er i alle fall av og til – at vi kommer til kort selv – og vi må ta kontakt med operatør, eller eventuelt en annen lege – og det er jo aldri noe problem.”

Dette betyr at det bør være ortopeder tilgjengelig samtidig som det er fysioterapeuter som utfører kontrollene. På sykehuset har man valgt å organisere seg slik at det alltid er ortopeder som har polikliniske pasienter i nærheten, slik at de på kort varsel kan komme inn til fysioterapeuten og pasienten om det er ting som krever en nærmere undersøkelse.

”Er det ikke derfor det fungerer så bra her også, for det er lav terskel for nettopp det...jo, jeg tror det er en av grunnene til at det fungerer så godt, det er lett å ta kontakt”

Det er et tillitsforhold mellom fysioterapeutene og ortopedene. Ortopedene vet at fysioterapeutene tar kontakt om det er noe de er usikre på. Dermed tror jeg legene vet at de

blir kontaktet om det skulle være noe som trenger en leges kompetanse, samtidig som fysioterapeuten vet at det er lett å få hjelp om de trenger det.

”– det er jo også en positiv faktor i forhold til tilliten da – mellom yrkesgruppene – i hvert fall at ortopedene – de stoler på at vi gjør – at vi kan det – og at vi på en måte ivaretar deres funksjon da”

Listen ligger lavt for å be om hjelp, noe jeg tror er en medvirkende årsak til det gode tillitsforholdet faggruppene imellom, og det er et godt utgangspunkt for videre utvikling av samarbeidet.

”...det som gjør det så bra her synes jeg – er at huset ikke er større og kommunikasjonslinjene fungerer veldig godt, det jo ikke sjelden - eller det er i alle fall av og til – at vi kommer til kort selv – og vi må ta kontakt med operatør, eller ev. en annen lege – og det er jo aldri noe problem.”

Etter hvert har det gradvis vært en utvidelse av kontroller på poliklinikken utført av fysioterapeuter.

”Ja, jeg tror ikke det at dette hadde grepet om seg på samme måte hvis en hadde vært misfornøyd med den jobben som er gjort. Det er vel en konsekvens av at det har vært skikkelig. Hele veien, fra vi liksom startet da, og at vi tar det på alvor. Er vi i tvil om noen ting så spør vi...”

Kontinuitet

Det har i ulike media kommet kritikk over at pasientene har mange ulike personer å forholde seg til når de blir syke. Ved innskriving på LDS forsøker man å ha en pasientansvarlig lege som følger opp pasientene. Det vil si at den legen pasienten har sett på poliklinikken for vurdering til operasjon, er den som opererer pasienten. Det er også et prinsipp at legen som har operert pasienten også snakker med pasienten etter at han/hun er tilbake på sengeposten. Hadde sykehuset valgt å la den samme legen se pasienten ved poliklinisk oppfølging hadde kontinuiteten vært veldig bra, men i dette tilfelle har man valgt å gjøre det annerledes ved at pasientene da treffer fysioterapeutene. Ved å ha denne ordningen har kirurgisk avdeling kunnet bruke sine ortopeder mer effektivt på det de er gode på, og som bare de har kompetanse på. Fysioterapeutene utfører så de postoperative kontrollene etter fastlagte

intervaller. Det forsøkes gjennomført ved at det er samme fysioterapeut som ser pasientene ved både 6 og 12 ukerskontroller. Leger i spesialisering (LIS-leger) følger opp sine pasienter på poliklinikken selv, slik at de får erfaring med den postoperative rehabiliteringsprosessen.

Et annet moment ved kontinuitet som ble trukket fram var at etter at fysioterapeutene begynte med postoperative kontroller, har de fått en større faglig trygghet som de tar med seg på de ortopediske sengepostene.

”...når du har gjort det en stund, så kjenner du deg mye tryggere..”

De kan nå med et bredere erfaringsgrunnlag forklare og svare på spørsmål som pasientene har med tanke på for eksempel forventet funksjonsnivå postoperativt, og dette er en økt overføringsverdi. Med redusert liggetid etter ortopediske inngrep har pasientene ofte mange spørsmål i den tiden de er på sykehuset. Det er mye de skal informeres om og trygges på. Liggetiden for pasienter med en primær totalprotese i hoften er nå på ca 3 dager.

Det kan være flere grunner til at leger i starten var litt tilbakeholden med å gi kontrolltimene til fysioterapeutene, men en ser at dette har bedret seg etter hvert. Det er mulig ortopedene valgte å unngå oppgavedelingen for å beskytte sine tradisjonelle profesjongrensene. Abbott skriver om liknende tilfeller hvor noen vil forsøke å skjule nytten av oppgavedeling, ved å fokusere på akademisk kunnskap for å forsøke å beholde profesjongrensene og egen jurisdiksjon (Abbott 1988, s 102). Kontinuitet er allerede nevnt, og en faktor som kan diskuteres. Ved å legge til rette for at LIS-legene beholder sine kontroller ivaretar man kontinuiteten og disse får den nødvendige kompetansen som kontrollene gir. Det var noe skepsis og motstand blant enkelte av ortopedene til å gi fra seg kontrollene, fordi jobben med å møte fornøyde pasienter er en takknemlig oppgave. Den gir bekreftelse på at en har gjort en god jobb, noe som er faglig bekreftende.

”...de gjerne også ville se pasienten igjen fordi det rett og slett synes det var hyggelig, ikke bare det faglige, at det hadde vært hyggelig å se fornøydheten til pasientene...at det er en veldig takknemlig jobb – det er å kontrollere fornøyde pasienter. Ja, og derfor så derfor var det noen som ikke ville slippe...”

Fysioterapeutene sier de synes kontrollene er en takknemlig oppgave å ha, så jeg kan gå ut fra at det ikke vil være en mindre takknemlig jobb for ortopedene å se igjen de pasientene de selv har operert.

Fysioterapeutene sier at for å unngå misforståelser og uinnfridde forventninger hos pasientene har sykehuset vært bevisst og informert pasientene om at de skal til postoperativ

kontroll hos fysioterapeut etter utskrivelse, og ikke lege. Dette blir sagt både muntlig og skriftlig til pasientene. De har erfaring med at forutsigbarhet for pasientene bidrar til mindre misforståelser, trygghet og fornøydhet hos pasientene.

”Og så er det veldig viktig at de får informasjon på forhånd, at det er en fysioterapeut de kommer til. Så kan de mentalt omstille seg. Dette går vel litt på det med forventninger – at de vet at de er kalt inn til en fysioterapeut og ikke en lege. Det er kanskje det som.....”

I begynnelsen kunne det være at enkelte pasienter ikke hadde fått med seg at de ikke skulle til legen, men etter at kontrolltiden var gjennomført var de fleste fornøyde. Det har etter hvert blitt svært få pasienter som spør:

”Skal jeg ikke treffe legen i dag?”

Ved å være tydelig i kommunikasjonen med pasientene om hvem som møter dem på kontrollene, unngår man i stor grad at pasientene blir misfornøyde. Jeg tror faglig sett at kontrollene er gode og forsvarlige, men det kan likevel være et ønske fra pasientenes ståsted å treffe den legen som har utført et stort inngrep på kroppen deres.

Faglighet

Fysioterapeutene synes det er faglig inspirerende å vurdere postoperative pasienter. De utfører funksjonsvurderinger og kommer med råd og tips om videre forløp. De synes de får brukt sin kompetanse på treningsveiledning på en god måte. Dette mener jeg er en stor ekstragevinst ved å la fysioterapeutene utføre kontrollene.

”vi ser jo det med andre briller og vi kan kanskje møte pas. på en annen måte i enn postoperativ og en opptreningsfase, enn det legene kan likevel.

Men det er kanskje, som du kanskje kan gjøre bedre enn hva legen kan se – det er jo dette med trening – og holdt på si – hvis det er noe man kan endre på i treningen, så kanskje vi konkluderer med en annen – enn hva legen kan da. Vi har kanskje – vi har noe annet å bedømme etter..”

Fysioterapeutene sier at trening er noe de kan og de kan gi konkrete råd med tanke på øvelser, utførelse og dosering. De mener selv at pasientene får mer konkrete råd om trening, enn om det var en ortoped som hadde utført kontrollene. Under gruppeintervjuet kom det fram:

”Trening er noe fysioterapeuter kan...vi leker ikke fysioterapeut!”

Fysioterapeutene har etter hvert fått et godt nettverk med fysioterapeuter i primærhelsetjenesten som mange av pasientene går til etter utskrivelse. Disse kontaktes telefonisk når pasienten er på poliklinikken og en diskuterer og avtaler videre opplegg om dette er nødvendig. Dette mener de ikke ville skjedd i like stor grad om det var legene som utførte kontrollene. Det å kontakte egen fagprofesjon oppleves enklere enn å kontakte på tvers av fagprofesjonene.

”Jeg tror kanskje vi i større grad enn legen – tar kontakt med fysioterapeut, henviser videre hvis det er ting som pasienten sliter med.”

Fra empirien nevner de også at det virker som pasientene har lettere for å ta kontakt med fysioterapeutene på sykehuset, enn med ortopedene. Grunnene til dette kan være flere, men de mener tilgjengelighet på telefonen sammen med at pasientenes ”list” for å ringe er lavere når de ringer til en fysioterapeut. Det er sjeldent at telefonene til fysioterapeutene er avslått, og pasientene får direktenummer til fysioterapeutene de kan ringe ved eventuelle spørsmål.

Under gruppeintervjuet kom det fram at fysioterapeutenes motivasjon for oppgavedeling først og fremst var relatert til at det var faglig utfordrende.

”Jeg føler jo det at vi har sluppet mer til og det er jo som du sier – også en kompetanseheving, ikke sant, det gjør noe med deg. Vi blir flytta inn på et område vi ikke har sluppet inn før. Det er klart du vokser på det. Du vokser veldig på det!”

Det var inspirerende å følge pasientene over en lengre tidsperiode og få ta del i rehabiliteringen av pasientene på en konkret måte. De fikk brukt sin faglige kompetanse på en bredere måte. De har tilegnet seg ny kunnskap som har supplert den kunnskapen de hadde fra tidligere og føler seg nå faglig sterkere. De ser at kunnskapen de har tilegnet seg har en overføringsverdi til arbeidet de gjør på sengepostene ved sykehuset. De trekker også fram at de ser gevinsten for både pasientene og samfunnet som helhet ved at helsetjenesten blir mer effektiv ved oppgavedelingen, og de har fått seg en spisskompetanse som de nå setter stor pris på.

Et av de siste momentene som kom fram under gruppeintervjuet var at de savnet en økonomisk kompensasjon for de endrete arbeidsoppgavene de hadde fått i forbindelse med oppgavedelingen. Jeg hadde ikke økonomisk kompensasjon som punkt under gruppeintervjuet. Dette fordi jeg ønsket å la diskusjonen gå mest mulig fritt innenfor de ulike forskningsspørsmålene for å kunne fange opp fysioterapeutenes egne interressetemaer. Etter

hva jeg har forstått fra andre faggrupper er økonomisk kompensasjon et viktig punkt ved oppgavedeling. Jeg var derfor litt overrasket over at temaet ikke ble tatt opp tidligere, men når det kom til motivasjon for oppgavedeling ble økonomi trukket inn som det siste momentet i diskusjonen. Det kom likevel tydelig fram at de gjerne skulle sett at det var en kompensasjon da de mente de nå hadde en spisskompetanse og fått nye arbeidsoppgaver.

”...jeg synes jo at en må få betalt for den jobben en gjør og ut i fra kompetansen en har. Og det er helt klart en kompetanseheving hos fysioterapeutene, det at vi nå overtar disse oppgavene for legene. Og når da sykehuset sparer masse penger på å frigjøre legene fra oppgaver som vi gjør, så synes jeg kanskje at det er rimelig at noe kommer tilbake til oss også. Vi må kanskje bli litt flinkere til stille krav.”

Pasient

Som et kvalitetstiltak valgte LDS å gjennomføre en post-enquete blant pasientene som nylig hadde vært til poliklinisk postoperativ kontroll, for å måle fornøydheten til disse (Høvik 2011). I denne undersøkelsen var det ingen forskjell på fornøydheten etter kontrolltiden. Fysioterapeutene mente at så lenge pasientene er forberedt på at de skal møte fysioterapeut og ikke lege, så har det ikke vært noe tydelig misnøye over dette hos pasientene, noe undersøkelsen også bekrefter. Om det var kvalitetsmessige ulikheter på utførelsen av kontrollene, og til favør for hvilken fagprofesjon kan man ikke konkludere ut fra undersøkelsen, men at pasientene er fornøyde er et viktig mål.

Fysioterapeutene sier de tror pasientene er svært godt fornøyd med å møte en fysioterapeut på kontrolltiden. Ikke bare fordi de får kontrollert funksjonen sin, men også fordi pasientene da får konkrete råd i den videre opptreningen. De tror også at de lettere tar kontakt med fysioterapeutene i primærhelsetjenesten, enn hva en ortoped gjør.

”Også det der med faktisk å ta den telefonen til den fysioterapeuten det gjelder, det tror jeg kan være nyttig, for å få pasienten inn på riktig spor. Så det å ha den dialogen ut til neste ledd, det er kjempeviktig, og det tror jeg kanskje ikke at – ja i en travel hverdag mumling – er det ikke sikkert legen – noe hadde kanskje gjort det – men dette er på en måte noe jeg tror da. At det er lettere ...for da kan vi ringe til vår egen faggruppe.”

Fysioterapeutene diskuterte også utfordringene rundt fravær på poliklinikken. Om en av fysioterapeutene som skulle ha poliklinikk ble syk, hjalp man hverandre for å få dagen til å ”gå rundt” ved å fordele pasientene. Det var en uskreven regel at man gjennomførte

poliklinikken som planlagt, mot at pasientene på sengepostene ble prioritert ned om de ikke klarte å ta unna alle pasientene. Grunnen til dette var at det ville være vanskelig å finne nye ledige kontrolltimer på poliklinikken i nær framtid, samt at flere av pasientene reiser et stykke for å komme til sykehuset. Siden dette gjelder elektive ortopedipasienter med muligheter for fritt sykehusvalg kan enkelte av pasientene komme langveis fra. De syntes det var vanskelig å avvise pasienter som kom poliklinisk på grunn av sykdom i staben.

”det koster kanskje litt mer å avlyse en poliklinikk enn å la være å gå til en pasient på sengeposten, som du vet ligger der neste dag. Så vil det si at poliklinikken der på en måte er viktigere – enn sengepost? Ja, Ja. Underforstått Ja. Ja. Ja. Mmm”

En annen utfordring som informantene beskrev og diskuterte var mangelen på lokaler for å holde poliklinikk. Det er stort press på lokalene ved kirurgisk poliklinikk og lokalene har en høy bruksprosent.

”Men lokaler er jo klart – det er en utfordring i perioder. Enkelte dager er det så fullt av vi har måttet benytte andre rom, og det er ikke noen god løsning.”

Det er blitt gjort noen endringer den siste tiden som har lettet litt på trykket på lokalene, men de føler fortsatt at det gjenstår en del. Fysioterapeutene har foreløpig ikke begynt med poliklinisk virksomhet på kvelden, men dette har vært diskutert tidligere uten at man har endret dagens ordning. Etter hvert som trykket blir større på poliklinikken vil en trenge flere lokaler, noe sykehuset er i gang med å se på.

Ingen av fysioterapeutene nevnte økt ”status” som følge av oppgavedelingen de er med på. Dette overrasket meg litt, da jeg hadde forventet at det var noe de ville komme inn på i løpet av intervjuet. Her kan nok min forforståelse/fordom spilt meg et puss. Jeg hadde satt opp temaet på intervjuguiden min da jeg ønsket å høre hvilke synspunkter de hadde på dette. Siden de ikke nevnte dette, valgte jeg å ta det opp under intervjuet. De svarte at de først ikke forstod helt hva jeg mente med ”status”, og jeg forklarte nærmere om oppgavedelingen hadde gitt de en økt ”faglig status”.

”Jeg har aldri tenkt.....jeg har heller ikke tenkt på det på den måten..”

Dette var noe ingen av dem hadde reflektert noe særlig over, og som de ikke hadde vært opptatte av. De syntes heller ikke at de hadde fått noen økt ”status”, og hvis de hadde fått det så var de ikke seg den bevisst.

5 DISKUSJON

”Kjært barn har mange navn”...oppgavedeling, jobbglidning, oppgaveoverføring, oppgavedeling osv er alle begreper som nyttes i den offentlige debatten og de brukes ofte om hverandre. Noen er mer seg bevisst bruken av begrepene, enn det andre er. Under arbeidet med denne masteroppgaven har jeg lagt merke til at flere og flere bruker begrepet ”oppgavedeling”, noe som også gjenspeiler seg i for eksempel offentlige rapporter fra Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret. Jeg har derfor valgt å bruke denne betegnelsen i denne oppgaven.

Det man oftest refererer til ved oppgavedeling er vertikal substitusjon (Frich 2012, s 6), noe som også er tilfelle på kirurgisk poliklinikk ved LDS. Man kan selvsagt diskutere hvilket begrep som bør brukes, men dette lar jeg ligge i denne omgangen og konsentrerer meg om de endringene i arbeidsoppgavene som fysioterapeutene på kirurgisk klinikk ved LDS har fått de siste årene.

En fleksibel og god oppgavedeling mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten er viktige momenter for å få til en best mulig pasientflyt og kortest mulig ventetid på behandling. Helsepersonelloven regulerer hvordan oppgavedeling juridisk forankres, og som sier at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjoner, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgifter. Det forventes altså at man organiserer tilbudet på en slik måte at det er effektivt og ikke gir unødvendig venting eller økonomiske utgifter for verken pasienter eller sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv. I samme lov er det også krav om forsvarlighet og bruk av medhjelpere. I bunnen ligger kravet om at hver enkelt helsearbeider faglig står ansvarlig for det arbeidet vedkommende utfører. Helsearbeideren skal varsle om han mener han ikke er kvalifisert til en oppgave han blir satt til å utføre, innhente bistand eller henvise pasienten videre. Han skal med andre ord kjenne sine egne faglige begrensninger og søke samarbeid for å unngå risiko, og det som utføres skal være forsvarlig. Ledelsen ved sykehuset er pliktig til å ha et system som sørger for at nødvendig opplæring og kompetanse er mulig å tilegne seg. Det er et lederansvar at det legges til rette for faglig opplæring av helsepersonellet. Det er et viktig prinsipp at den som gir fra seg oppgaver ved oppgavedeling, selv må beherske oppgaven. Den som får tilført oppgaven kan ikke gi den videre til andre. På den måten sikrer man at en oppgave ikke gis videre til en tredjepart, og at den kun kan ”gli” et nivå. Dette for å unngå uklare ansvarsforhold og sørge for at den som gir fra seg oppgaven skal være sikker på at den som utfører den har den nødvendige kompetansen. På LDS har man blant annet valgt å gi fysioterapeutene oppgavene med å

gjennomføre postoperative kontroller av hofte-, kne og skulderopererte som tidligere ble utført av ortopedene. I det siste året har ledelsen ved klinikken sett at det har vært for lang ventetid for pasientene som henvises for skulderproblematikk. Når pasientene etter lang ventetid kom til ortoped viste det seg at de fleste av disse ikke var aktuell for operative inngrep, men burde heller ha startet med trening. Mange av pasientene hadde dermed ventet i flere måneder for å få en beskjed om at de egentlig ikke burde stått i denne køen, og heller burde trent i den tiden som hadde gått. En av fysioterapeutene som deltok på fokusgruppeintervjuet har lang erfaring med skulderproblematikk, og ble ansatt i et prosjekt for å vurdere pasientene før de ble satt opp på time hos ortoped. Henvisningene av skulderpasientene vurderes nå først av ortoped, og de aktuelle pasientene blir så sett på av denne fysioterapeuten. Hun gjennomfører tester og instruerer i videre trening for å forhindre operativt inngrep. På den måten blir de pasientene som kommer til ortoped faglig mer interessante for ortopedene, pasientene får kortere ventetid, og det er langt større sannsynlighet for at de får den faglige rette hjelpen. Fysioterapeutene sier at ved å organisere denne pasientflyten vil både ventetiden gå ned, samt at det samfunnsøkonomisk vil være gunstig. Dette er et eksempel på at Helsepersonelloven har åpnet opp for muligheter for å organisere tjenestene slik at de er tidsbesparende og økonomisk fordelsaktige (Molven 2012).

Med de utfordringene helsevesenet står overfor i årene som kommer vil det være behov for å se på måten vi organiserer helsevesenet. Dette vil tvinge seg fram da utviklingen for behandling vil bli større, både på grunn av økt befolkning, men også fordi det er flere lidelser man vil kunne behandle. Som en motsats til dette vil utviklingen av nye metoder gjøre behandlingen mer effektiv. Det blir en utfordring å kalibrere helsevesenet til kunne møte kravene fra befolkningen. For å klare dette må helsevesenet tilpasse seg endringene, aller helst i forkant. De ansatte må forvente at det vil bli stilt store krav til fleksibilitet i arbeidsoppgaver. De blir nødt til å forsøke å løfte seg opp og se pasienttilbudet og pasientflyten i et metafysisk perspektiv, kontra verne om profesjongrensene. Kanskje er det ikke sammensetning av fagpersonellet som er det mest avgjørende, men best mulig deling av arbeidsoppgavene for å få det beste resultatet ut av de personalressursene man har. Undersøkelser viser at mye av oppgavedelingene ved sykehusene skjer ved oppfølging på poliklinikkene. Oppgavedeling avlaster legene og frigjør tid til nye henviste pasienter, og timene til legene kan settes av til de sykeste pasientene.

Med dette som bakgrunn ønsket jeg å finne ut hvilke synspunkter og erfaringer fysioterapeutene på LDS har til oppgavedeling ved kirurgisk poliklinikk. Jeg tok utgangspunkt i tre forskningsspørsmål:

Hvilke utfordringer og fordeler er det ved oppgavedeling?

Fysioterapeutene trakk fram flere punkter som var fordelaktige med tanke på oppgavedeling. Overordnet så de at ved oppgavedeling var de med på å bidra til en mer effektiv bruk av ressursene på sykehuset, ortopedene får frigjort tid som kan brukes mer hensiktsmessig og dermed kortere ventetid for pasientene. Det økonomiske aspektet ved at sykehuset kan bruke ortopedene til å utføre flere kirurgiske inngrep, gir sykehuset en økonomisk gevinst.

Faglig sett synes de at oppgavedeling har bidratt til at de har fått en mer motiverende arbeidsdag. De får større faglige utfordringer, som de synes er inspirerende. Kompetansen de har med tanke på trening har de nå fått anledning til å bruke i langt større grad, siden de ser pasienter lengre ut i rehabiliteringstiden enn om de kun jobber på sengepostene. På samme måte har kompetansen de har tilegnet seg ved å jobbe både på poliklinikken og sengeposten gjort at de er tryggere i sin rolle på begge arbeidsstedene. Jeg tror dette skaper en trygghet ikke bare for fysioterapeutene, men kanskje aller viktigst for pasientene. De får muligheten til å følge pasientene over et lengre tidsrom, spesielt nå som liggetiden etter ortopediske operasjoner på sykehuset er gått merkbart ned. Kontinuiteten sett fra fysioterapeutene ståsted er også blitt bedre, mens den for legene ikke er like god som tidligere. De synes de har fått et godt nettverk hos fysioterapeutene i primærhelsetjenesten med tanke på oppfølgingen av pasientene og tror at pasientene tjener på dette. Det er lettere å ta kontakt med egne faggrupper og de mener listen for dette da er lavere. Dette gjør at en raskere kan justere treningsopplegget ved at man tidligere i forløpet tar kontakt med behandlende fysioterapeut i primærhelsetjenesten eller opptreningsinstitusjonene.

Som en konsekvens av oppgavedelingen synes de at de har fått økt tillit av ortopedene, og på samme tid føler de at ortopedene har større tillit til dem som fagpersoner. Dette vil mest sannsynlig gjøre det enklere å ta for seg andre oppgaver som kan være gjenstand for oppgavedeling i klinikken.

Fysioterapeutene kom også fram med noen utfordringer med oppgavedelingen. De synes det er merkelig at fysioterapeuter som en av få fagprofesjoner i helsevesenet ikke utløser inntekter ved polikliniske kontroller. De synes det er stort press på lokalitetene ved poliklinikken, noe som gjør at de enkelte ganger må ta i bruk lokaler som er mindre egnet som en nødløsning. Dette skyldes primært ikke oppgavedelingen i seg selv, siden lokalene uansett ville blitt brukt av ortopedene til kontrolltimene. Knapphet på lokaler skyldes mest sannsynlig en økt pasientmengde. Ved fravær hos fysioterapeutene som skal jobbe på poliklinikken har det vist seg at de står i dilemmaet med å avlyse pasientkontrollene, eller omfordele ressursene

slik at det blir mindre fysioterapi på sengepostene. De føler et stort ansvar å gjennomføre de polikliniske kontrollene ved for eksempel sykdomsfravær. Til slutt sier de at de savner en økonomisk kompensasjon for å ta på seg de nye arbeidsoppgavene og skulle gjerne sett det var en økonomisk ”gulrot”. Med økt kompetanse og ansvar i arbeidslivet følger det ofte en kompensasjon med. Denne kan være i form av økonomisk art, deltakelse på kurs og konferanser, muligheter for videreutdanninger. De sa selv at de burde bli flinkere til å stille krav. Etter gode erfaringer med oppgavedeling over lang tid kunne man tatt initiativ til et møte med ledelsen for å ytre sine tanker og sammen diskutere tematikken. Med gode eksempler på allerede utført oppgavedeling har man et godt grunnlag for fruktbare diskusjoner rundt dette temaet.

Hva har oppgavedeling å si for de som får reelle endringer i oppgaver?

Flere av svarene som fremkommer under forrige forskningsspørsmål besvarer også deler av dette spørsmålet. Reelle endringer i oppgaver kan være slik de selv har forklart tidligere. Oppgavedelingen kan gi faglige utfordringer og dermed økt arbeidsentusiasme da de møter andre faglige problemstillinger på poliklinikken. Ved å arbeide både på poliklinikken og sengepostene får man mer variasjoner i arbeidsoppgavene og kontinuiteten bedres. I tillegg mener jeg at fysioterapeutene vil bli tryggere på sine egne faglige vurderinger når de har et bredere erfaringsgrunnlag, og dette er noe de bekrefter under fokusgruppeintervjuet. Jeg tror at oppgavedelingen bidrar til at de to fagprofesjonene blir mer trygge på hverandre og i større grad vil se flere muligheter for samarbeid i framtiden, noe som vil være et godt utgangspunkt for ytterligere oppgavedeling. Det er ofte på ”grasrota” en ser hva som kan gjøres av endringer for å få til en bedre pasientflyt.

Jeg mener det kan være gunstig å repetere overfor de ansatte hvilket ansvar de som fagpersoner har for å varsle om eventuell manglende kompetanse i forhold til arbeidsoppgavene. Bevissthet rundt dette er gjeldene for alt helsepersonell, men jeg mener det er spesielt viktig i situasjoner med oppgavedeling. Hver arbeidstaker har her et selvstendig ansvar, og ledelsen har ansvar for å sørge for at det er mulig å tilegne seg den nødvendige kunnskapen. Fysioterapeutene mener det kan være sårt for ortopedene å gi fra seg arbeidsoppgaver, spesielt om det er takknemlig oppgaver. Pasienter som kommer til kontroll, og som i nesten alle tilfeller har den ønskede progresjonen og få eller ingen følgeplager, er hyggelig og takknemlig å møte. Å miste dette kan skape et savn på pasientkontakt. Jeg tror at

det å få en positiv bekreftelse på arbeidet man har gjort, er et iboende ønske hos alle mennesker.

Hva mener pasientene?

Under fokusgruppeintervjuet ble det flere ganger henvist til en undersøkelse som hadde vært gjort på sykehuset i forbindelse med at fysioterapeutene begynte å ta over polikliniske 12-ukerskontroller av hofteprotesepasientene. Jeg fant resultatene av denne og den viste at de ikke fant noen forskjeller mellom fornøydheten til pasientene, uavhengig om de hadde vært til postoperativ kontroll hos lege eller fysioterapeut. Fysioterapeutene mener den viser at pasientene synes det er like bra å komme til en fysioterapeut som til en lege på kontrolltimene. Fysioterapeutene mener de har erfart at pasientene er opptatt av forutsigbarhet og vil vite hvilken fagperson de skal se neste gang de kommer til sykehuset. Det handler om å innfri forventninger og gi god informasjon om det videre forløpet til pasientene.

Tilgjengelighet trekkes fram som et viktig moment. Fysioterapeutene mener pasientene har lettere for å ta kontakt med en fysioterapeut, enn med en lege om de har spørsmål etter utskrivelse. De mener også det er lettere å komme igjennom på telefonen til fysioterapeutene siden de for eksempel ikke er opptatte med operasjoner og ikke har telefonen avslått.

AVSLUTNING

Avslutningsvis vil jeg si at fysioterapeutene ved LDS synes oppgavedeling er nødvendig for å øke effektiviteten, uten at det går på bekostning av kvaliteten. De synes det har vært motiverende og faglig utfordrende å få nye arbeidsoppgaver, og de vil gjerne ha oppgavene. Nye løsninger på pasientflyt og flaskehalser har dukket opp, og vil også dukke opp i framtiden. Det blir derfor viktig å være fleksibel og se mulighetene på tvers av fagprofesjoner, i forhold til hvem som er best egnet til å utføre oppgavene. Vi må plassere oppgavene der de løses best – både i forhold til kvalitet, ressurser og hensyn til organisering. Oppgavedeling er med på å sikre at medarbeidernes kompetanse og ressurser brukes til det beste for pasientene.

Under arbeidet med denne masteroppgaven har jeg fått innsikt i et fenomen som har eksistert lenge, men jeg ble likevel overrasket over hvor lite forskning som er gjort rundt dette temaet. Skuer man til våre nærmeste naboland, er det dog Danmark som skiller seg ut som det landet hvor oppgavedeling er kommet lengst og satt i system. En ledelse som utfordrer sine

ansatte til å tenke nytt, og som legger forholdene til rette for å forsøke nye løsninger på lokale flaskehalser og manglende pasientflyt, kan med oppgavedeling skape økt arbeidsentusiasme og motiverende fagmiljøer. ”Grasrot-engasjementet” kan være en viktig bidragsyter for å løse lokale utfordringer. Endringsvilligheten varierer fra både sted og situasjon, men sjansen for at det vil bli færre endringer i arbeidslivet framover tror jeg er små. Fysioterapeutene ved Lovisenberg Diakonale Sykehus har gradvis fått tildelt flere oppgaver som tidligere var forbeholdt legene. Dette har gått veldig bra, og både fysioterapeutene og pasientene er fornøyde. Hva legene mener vet jeg ikke, siden jeg i denne oppgaven har tatt utgangspunkt i kun den ene faggruppen ved denne oppgavedelingen. Skulle jeg gjennomført en større oppgave hadde det vært interessant og hatt to faghomogene fokusgrupper for å se temaene fra begge faggruppene ståsted. Med to ulike fagprofesjonelle vinklinger hadde erfaringene og synspunktene kanskje vært mer sprikende, men jeg er overbevist om at begge faggruppene vil pasientenes beste.

”...så er det jo spørsmål om kanskje ikke det likevel er en bedre løsning for pasienten i hvert fall da. Vi er her jo her for pasientene, ikke for vår egen del, men for pasienten!”

Litteraturliste

Abbott, Andrew (1988), *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago og London, University of Chicago Press.

Brint, Steven (1993), "Eliot Freidson's Contribution to the Sociology of Professions" *Work and Occupations* August 1993 20: 259-278

Fauske, Halvor (2008), Kap 1 "Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål". Molander, Anders. Terum, Lars Inge (red.): *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Frich, Jan (2012), "Oppgavedeling - Task shift", *Tidsskriftet Overlegen*, februar 2012 1: 6-8. Norsk overlegeforening.

Freidson Eliot (2001), *Professionalism, The third logic* (1. Ed.). Cambridge UK: Polity Press

Helsedirektoratet (2013a). "Samdata spesialisthelsetjenesten 2012". Rapport IS-2074. Publisert 27.08.13, med endringer 12.09.13. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-2012/Sider/default.aspx> Lest 24.10.13

Helsedirektoratet (2013b). "Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten – Kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land". Rapport IS-2108. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-/Sider/default.aspx> Lest 01.10.13

Høvik, Øystein, Amlie Einar, Korsvold, Ann Magrit (2011), "Evaluerings av hoftekontroll utført av fysioterapeut". Presentert på den årlige nasjonale konferansen "Høstmøte 2011" 24-28.oktober 2011 i Oslo. <http://legeforeningen.no/PageFiles/79298/NOF-H%C3%B8stm%C3%B8teboken-2011.pdf> Lest 16.10.13

Kunnskapssenteret (2013), ”Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus”. En systematisk oversikt. Rapport 12-2013.

<http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/lite-dokumentasjon-p%C3%A5-effekter-av-oppgavedeling> Lest 12.09.13

Kvale, S. Brinkman, S. (2009), ”*Det kvalitative forskningsintervju*”. Oslo: Gyldendal Akademisk

Lov om helsepersonell <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> Lest 17.08.13

Malterud, Kirsti (2002), ”Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger”, *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening*; 122: 2468-72.

Malterud, Kirsti (2012), ”Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis” *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012; 40: 795–805

Malterud, Kirsti (2013), ”*Kvalitative metoder i medisinsk forskning*”. Oslo: Universitetsforlaget

Molander, Anders, Terum, Lars Inge (2010), ”*Profesjonsstudier*”. Oslo: Universitetsforlaget

Molven, Olav (2012), ”*Helse og jus. En innføring for helsepersonell*”. 7. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Fysioterapeutforbund - NFF. ”Hva er fysioterapi?” Lest 17.09.13

<http://www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi>

Odelstingsproposisjon nr 13 (1998-1999) s 218. *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*. Lest 16.10.13

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-13-1998-99-.html?id=159428>

Årsrapporten 2012 for Lovisenberg Diakonale Sykehus. Lest 17.10.13

http://www.lds.no/modules/module_123/proxy.asp?I=3765&C=201&D=2

Vedlegg

Intervjuguide

Informasjonsskriv til informantene

Samtykkeskjema for informantene

Meldeskjema til personvernombudet DNS

Informasjonsskriv til informanter

Forespørsel om å delta i fokusgruppeintervju i forbindelse med masteroppgave.

Jeg er masterstudent ved UiO, medisinsk fakultet, avdeling for helseledelse og helseøkonomi og skal i 2013 i gang med masteroppgaven.

Masteroppgaven er på 30 studiepoeng og den har følgende arbeidstittel: ”God glid – holdninger til oppgaveglidning på Lovisenberg diakonale sykehus”.

Jobbglidning/oppgaveglidning betyr at oppgaver som f.eks utføres av leger, helt eller delvis overføres til andre yrkesgrupper. Temaet er svært aktuelt, og Lovisenberg sykehus hadde dette som satsningsområde i 2011 på alle sykehusavdelingene.

I løpet av masteroppgaven håper jeg å finne ut mer om hvilke holdninger, erfaringer og tanker en faggruppe som har utført jobbglidning har.

For å finne svaret på disse spørsmålene vil jeg intervjuer fysioterapeuter ved Enhet for fysioterapi på Lovisenberg diakonale sykehus. Dette skal skje gjennom fokusgruppeintervju hvor jeg samler 4-6 fysioterapeuter til en åpen diskusjon omkring følgende temaer:

- Hvilke eksempler på jobbglidning du har opplevd, eller hørt om...?
- Utfordringer/ulempen ved jobbglidning...?
- Hva tror dere jobbglidning har å si for de som overtar/gir fra seg oppgaver...?
- Hva tror dere pasientene mener..?

Gruppediskusjonen vil ta omtrent 1- 1,5 timer og jeg kommer til å gjøre digitale opptak av samtalen. Materialet vil senere bli transkribert og analysert etter kvalitative forskningsmetoder.

Tekstene vil ikke inneholde noen navn på personer eller steder som fremkommer under intervjuene og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Jeg vil anonymisere intervjuuskriptene og lydopptakene slettes når masteroppgaven er ferdig.

All deltakelse er frivillig og samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt i undersøkelsen uten nærmere begrunnelse. Skulle du velge å trekke deg etter gruppeintervjuet, vil dine uttalelser bli fjernet fra den transkriberte teksten. Jeg vil dog måtte beholde selve lydopptaket til masteroppgaven er ferdig.

Min veileder for mastergradsprosjektet er professor Olaf Gjerløw Aasland, professor ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, UiO.

Har du spørsmål til meg jeg kontaktes på steve.yttermo@gmail.com eller mobil 45860114. Eventuelle spørsmål til veileder kan sendes til: olaf.aasland@legeforeningen.no.

Jeg håper å bli ferdig med oppgaven innen 2013, og den vil bli publisert på DUO ved Universitetet i Oslo.

Prosjektet er meldt til personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste NSD.

Med hilsen

Steve Yttermo

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har fått informasjon om masterstudieprosjektet ” God glid – holdninger til oppgaveglidning på Lovisenberg diakonale sykehus” og ønsker å stille til fokusgruppeintervju.

Sted.....

Dato.....

Signatur..... Tlf.....

Forskningsspørsmålene:

- Hvilke eksempler på oppgaveglidning du har opplevd, eller hørt om...?
- Utfordringer/ulempen ved oppgaveglidning...?
- Hva tror dere oppgaveglidning har å si for de som overtar/gir fra seg oppgaver...?
- Hva tror dere pasientene mener..?

Intervjuguide – sjekkliste

Ulike typer oppgaveglidning?

- hvorfor større fokus på dette nå?
- historisk perspektiv
- preoperative polikliniske vurderinger?
- postoperative polikliniske kontroller?
- oppgaveglidning hos fysioterapeuter?
- oppgaveglidning hos andre faggrupper?
- hvorfor kirurgisk avdeling før medisinsk avd?
- framtidige mulige oppgaveglidninger

Utfordringer/ulempen ved oppgaveglidning?

- effektivitet
- kompetanseopplæring
- pasientsikkerhet
- logistiske utfordringer
- utfordrende faglig sett?
- trygghet på hverandres faglige skikkethet – kompetanse
- kvalitet

Hva har oppgaveglidning å si for de som gir fra seg oppgaver?

- frigjøre tid til...
- slippe kjedelige oppgaver..
- faglig forsvarlig
- status/prestisje tapt/økt..

Hva har oppgaveglidning å si for de som påtar seg oppgaver?

- gjøre andres kjedelige oppgaver...
- tilgjengelighet på fagekspertisen
- økt kompetanse
- status/prestisje tapt/økt...

Hva tror dere pasientene mener?

- Hvilke tilbakemeldinger har dere fått, positive og negative?
- Er pasienten inneforstått med hvem de møter til poliklinisk vurdering/kontroll?
- Forventninger hos pasientene?



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Olaf Gjerløw Aasland
Senter for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 18.02.2013

Vår ref:33239 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.02.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33239	<i>God glid - holdninger til oppgaveglidning ved Lovisenberg diakonale sykehus, Oslo</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Olaf Gjerløw Aasland
Student	Steve Yttermo

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

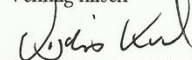
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Steve Yttermo, Rolf Hofmos gate 17, 0655 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svtuit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 33239

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.11.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

